

**POLÍTICAS SANITARIAS EN ESPAÑA:
PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL
SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL
*UN DESARROLLO ESPECÍFICO DE LA
MEDICINA BAJO EL CAPITALISMO***

JAVIER REY DEL CASTILLO

MARZO DE 2010

A Pilar, sin la que nada habría sido.

*A Juan y Pedro, Bea y Laura, Ana y Javier,
y los que vengan, por hacerme sentir cada día más
que el porvenir de lo que soy, más que mis palabras,
muchas veces excesivas, es sobre todo su vida.*

AGRADECIMIENTOS

Escribir una tesis doctoral a mi edad supone que lo escrito no es sólo el resultado de lo enseñado por otros y lo aprendido en los libros sino, sobre todo, de manera inevitable, una reflexión sobre lo vivido.

Por la misma razón, el capítulo de agradecimientos no puede ser de forma preferente una relación de las personas de las que he recibido las enseñanzas que me han conducido a las ideas que defiendo en el trabajo, sino ante todo el reconocimiento y el recuerdo de muchas otras con las que he compartido una trayectoria personal y profesional que me ha traído hasta aquí, y que han ido dando coherencia a ese camino. Con muchas de ellas he compartido situaciones y debates que me han ido permitiendo perfilar mis planteamientos en muchos terrenos del ejercicio de una profesión que inicié hace casi cuarenta años. Pero, sobre todo, con todas he compartido el trabajo como miembro de una profesión que no tiene una sola forma de ejercerse, por lo que me parece más importante destacar a aquéllas de las que me siento más afín en distintas facetas de ese ejercicio profesional.

Como es imposible recordarlas a todas, y con el deseo de que perdone mi olvido todo aquel que pueda sentirse injustamente excluido de una relación necesariamente limitada, pretendo reflejar aquí a algunos de los que creo que representan de manera más fiel las distintas etapas de las que se ha compuesto ese camino.

Un camino que se inició en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, que me unió de manera irreversible a personas como Nacho Apolinario, Carmen Bellas, Pilar Benavides, Carlos Blesa, M^a Jesús Cañada, Javier Roldán, Alfredo Vázquez, al que hace años que echamos de menos, y Luis Villanueva. Con ellos fui descubriendo que el sistema sanitario público era la mejor manera de prestar nuestros servicios a toda la población, y no, como pensábamos al principio, mediante iniciativas al margen del propio sistema, por imperfecto que éste fuera.

Ese inicio se siguió sin solución de continuidad aparente con la residencia en Cardiología en el Servicio de Exploración Cardiopulmonar del Hospital Clínico de Madrid del profesor Pedro Zarco. De él, y de los que estaban con él, aprendí no sólo lo que sé y conservo de aquella especialidad, de la que él era el profesional más destacado en aquella época, sino también, de manera vivida, la íntima relación entre el ejercicio de la medicina y la política. Fue ésta última la que, a pesar de ser el profesional más valioso de su especialidad, le excluyó hasta su muerte, y por razones ajenas a aquélla, de la posibilidad de disponer de un Servicio de Cardiología completo, pese a que recurrían a su asesoramiento y consulta no sólo los especialistas del propio hospital (que ya disponía por entonces de una absurda organización fragmentada en hasta cinco servicios relacionados con la misma especialidad, contruidos a la medida de los intereses de otros más fieles al sistema político de la época) sino también los de otros centros.

De la misma época no puedo olvidar a quienes compartieron conmigo la formación como especialistas en aquel Servicio, Amando García Aguado, ya

desaparecido, y Ramiro Martín de Dios, con los que compartí también otras afinidades que nos eran comunes a una parte importante de los médicos que nos formábamos como especialistas en aquella época. Con ellos, y con otros compañeros de hospital, entre ellos Alberto Infante, participamos de manera intensa en el movimiento MIR, que logró arrancar al final de la dictadura la consolidación de un sistema de formación que, como recuerdo en el texto, fue el revulsivo más importante de la medicina española de la época, a la vez que constituía el caldo de cultivo de una forma de entender la organización sanitaria que tenía su modelo en el NHS inglés.

En ese “movimiento” tan ajeno y contrario al que era todavía propio de la época, coincidí también, viniendo ellos de otros hospitales, con Pepe Varo y Ramón Gálvez, con los que he seguido coincidiendo y participando en muchas cosas desde entonces. Ellos constituyen una buena representación de quienes comenzamos a interesarnos por la organización y la administración sanitaria en aquella época, y a verla como otra forma de ejercer nuestra profesión.

Esa visión se complementó desde otro punto de vista con la participación en los movimientos políticos de la época, que tuve ocasión de compartir de manera más cercana en el terreno sanitario con personas como Patxi Catalá, también desaparecido prematuramente, José Manuel Freire, Alicia Llácer, Pedro San José y Narciso Torrente. Una actividad que me dio también la oportunidad de colaborar en la actividad parlamentaria con Miguel Núñez, un luchador infatigable que extendió su lucha por los derechos de todos, también los sanitarios, incluido el derecho a una muerte digna, hasta su propia muerte, ocurrida hace poco más de un año.

El inicio de mi actividad como especialista en el Hospital La Paz me permitió conocer y trabajar de cerca con dos personas, José Oliver y José Sotillo, que creo representan bien las razones de por qué se mantiene un Sistema sanitario como el nuestro con altos grados de aceptación, a pesar de las condiciones precarias en que se ha colocado al ejercicio y el desarrollo profesional en el mismo durante largos períodos, hasta llegar al deterioro organizativo que muchos percibimos en su actual situación. Creo que esas razones están en relación con su propia actitud de trabajo y compromiso personal aún en ausencia de incentivos de cualquier tipo para ello, o incluso con incentivos de sentido contrario, y me parece que caracterizan bien a una parte de los profesionales de unas generaciones que se van acercando poco a poco hacia la jubilación, y que vivieron los períodos iniciales y más ilusionados de la construcción de un sistema que aspiraba a ser universal y solidario. Se trata de una actitud que percibo también en mis hermanos médicos, José y Elo, en cuyas trayectorias profesionales veo las huellas de nuestro padre, y en mi cuñada, Menchu Vidaurrázaga, todos ellos dedicados de manera exclusiva al trabajo en el sistema público. Son actitudes que, sin embargo, me parece que no resultan tan reconocibles en generaciones posteriores, con los riesgos que eso ofrece para el propio Sistema.

Mi paso a la función pública sanitaria me permitió compartir el trabajo y la ilusión por contribuir a la formación y consolidación de un sistema de las características descritas con Carlos García Marco, que no ha dejado de hacer sus aportaciones minuciosas y siempre bien trabajadas para la mejora del Sistema en las condiciones de aislamiento profesional más difíciles, sin desinteresarse por ello del desarrollo global del propio Sistema. Y más tarde, con otros como Angel Andrés Ribera, Rafael Barnuevo, Jose Oñorbe y Alfredo Rivas, con los que compartí un amplio período en el

Ministerio de Sanidad que me permitió conocer lo mejor de los profesionales de la administración sanitaria, cuyas posibilidades de contribución a la mejora del Sistema no han hecho más que deteriorarse desde entonces, por causas a las que aludo en el propio trabajo.

En el tiempo que pasé en el Ministerio primero de la Presidencia y luego para las Administraciones Públicas tengo que agradecer a Javier Valero desde un ámbito de la Administración ajeno al sanitario su comprensión y compromiso con éste, y su demostración permanente de cómo poner al servicio del servicio público las mejores capacidades personales en el ejercicio de la dirección de una organización pública. De él aprendí a combinar el respeto y la exigencia estricta de las leyes con la disponibilidad y la búsqueda de la eficiencia de esas organizaciones mediante la apertura a las reformas necesarias. También la habilidad política para hacer posible lo que en ocasiones parecía imposible, y la paciencia para buscar la oportunidad para lograrlo como un parte más de las condiciones de la buena dirección.

Mis ya largos últimos años en el Ministerio de Sanidad me han permitido colaborar y compartir alegrías y sinsabores con muchos profesionales de la administración sanitaria excelentes, por otra parte desaprovechados en buena parte de sus capacidades por una dirección global del Departamento que en mi opinión, que también justifico en el trabajo, está contribuyendo a la desprofesionalización de este área de la Administración, con las consecuencias negativas consiguientes. Sería imposible citarlos a todos, pero entre ellos, y por la ayuda que me han prestado para documentar muchas de las descripciones y referencias normativas que hago en el trabajo en distintas materias quiero destacar a Lola Gómez-Martino, Elvira González, Raquel Herguera, Manolo Otero, Silvia Pérez y José Sarabia. Por otra parte, Pilar Valle, que me siguió en buena parte de mis primeras épocas como profesional de la Administración sanitaria, y Crecencia Herranz y Julia Martín Vela algún tiempo después, son la mejor expresión de la profesionalidad y la calidad en el apoyo administrativo imprescindibles para realizar la labor que he desarrollado en aquélla.

Este capítulo no puedo cerrarlo sin agradecer también a mis hijos, Juan y Pedro, la paciencia que han tenido para aguantar muchos de los “rollos” que han dado lugar a este texto, su insistencia en sugerirme modificaciones en mi propio estilo literario que hagan los textos más legibles, su ayuda para superar todas mis limitaciones en el campo de la informática y, sobre todo, su aliento permanente, aunque en ocasiones se expresase de manera crítica, por que no decayera en un esfuerzo que ha sido también el suyo. Por otra parte, ni este trabajo ni mi desarrollo profesional y personal en general hubieran sido posibles de la misma manera sin el apoyo de Pilar, que me hizo salir de las crisis que siempre jalonan la vida profesional de una manera que sólo ella y yo sabemos, y que nunca ha puesto en cuestión mis actuaciones, incluso aunque a veces le resultara difícil comprenderlas.

Todos lo que he citado, y otros muchos, tienen un parte de responsabilidad, activa o por contraste, por la aportación material, por el debate realizado en muchas ocasiones, o por el ejemplo de muchas de sus actitudes, en la generación de las ideas que expongo en este texto, cuya elaboración y responsabilidad recae en todo caso sólo en mí mismo.

INDICE GENERAL

Pag.

I.- INTRODUCCIÓN.....	1
II.- EL PASADO DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.....	5
II.1.- Los orígenes más remotos.....	5
a) Aspectos organizativos y de cobertura de los servicios sanitarios en el período preconstitucional.....	5
b) Algunas referencias a la situación de los médicos en el período preconstitucional.....	10
c) Una última referencia a la gestión institucional de los servicios sanitarios.....	11
II.2.- La sanidad y los servicios sanitarios en la Constitución española..	13
a) La consideración constitucional del derecho a la protección de la salud.....	13
a.1) El derecho a la “protección de la salud”	13
a.2) Intervención de los poderes públicos para hacer efectivo el derecho.....	19
a.3) Un derecho no reclamable ante el Tribunal Constitucional.....	20
b) Las previsiones constitucionales sobre la organización territorial de los servicios sanitarios.....	21
b.1) Una referencia compleja y de interpretación discutible a las competencias sanitarias.....	23
b.2) Una delimitación de las competencias sanitarias, en especial las de la AGE, hecha en términos poco precisos y susceptibles de interpretaciones diversas desde el punto de vista legal.....	27
b.3) La ausencia de un modelo sanitario preciso y de definición de la responsabilidad sanitaria en el texto constitucional.	29
II.3.- El período postconstitucional más inmediato: los gobiernos de la UCD entre 1979 y 1982.....	32
a) Un intento de alcanzar ciertas líneas comunes para el desarrollo de una “reforma sanitaria” considerada necesaria, que, sin embargo, no llegó a alcanzar una traducción legal...	32
b) Un intento limitado de establecer reglas de coordinación entre el Estado y las CCAA, especialmente en materia hospitalaria, cuyas consecuencias excedieron las intenciones iniciales.....	34

c)	Un desarrollo precoz y rápido de los traspasos en las materias sanitarias más estrictas (“sanidad e higiene”) a la totalidad de las CCAA.....	35
d)	El primer traspaso de la asistencia sanitaria a la Generalitat de Cataluña, conforme a criterios negociados de manera bilateral, sin el diseño previo de un modelo de aplicación general.....	40
e)	La creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.....	44
II.4.-	El gobierno socialista hasta la Ley General de Sanidad (1982-1986).....	48
a)	El contexto social y profesional del acceso del PSOE al gobierno.....	48
b)	La política de nombramientos del PSOE en el ámbito sanitario.....	54
c)	El desarrollo de la “reforma sanitaria”.....	58
c.1)	El desarrollo de la “reforma hospitalaria”.....	59
c.2)	La reforma de la atención primaria.....	70
d)	Los cambios en la gestión de los hospitales del INSALUD.....	82
e)	Los traspasos a las CCAA.....	89
f)	Las políticas relacionadas con el personal sanitario.....	93
f.1)	Los médicos.....	93
f.2)	El personal de enfermería.....	102
II.5.-	La Ley General de Sanidad 14/1986.....	110
a)	Las actitudes de diferentes agentes sanitarios en relación con la Ley.....	111
a.1)	Los médicos.....	111
a.2)	Los farmacéuticos.....	116
a.3)	El asesoramiento para la elaboración de la Ley General de Sanidad.....	120
a.4)	Los responsables de la elaboración de la Ley.....	123
b)	Un análisis crítico de la Ley General de Sanidad (LGS).....	123
b.1)	Los datos estructurales.....	123
b.2)	Los presupuestos de partida de la Ley y su cobertura en el texto aprobado.....	129

2.1)	La superación de la separación existente entre el ejercicio de la responsabilidad del Estado en las materias de salud pública y de asistencia sanitaria.	129
2.2)	La integración de las numerosas estructuras sanitarias dispersas.....	132
2.3)	El reconocimiento efectivo del derecho a la protección de la salud y la intervención de las CCAA en el ejercicio de la protección.....	137
b.3)	La constitución de un “Sistema Nacional de Salud” en la Ley General de Sanidad.....	177
3.1)	El horizonte temporal y territorial de la constitución de los servicios de salud autonómicos en la LGS..	180
3.2)	La financiación del sistema sanitario en la LGS...	183
3.3)	La (falta de) referencia a las formas de gestión en la LGS.....	187
c)	Las valoraciones de la LGS en el momento de su promulgación.....	191
c.1)	Las posiciones de los partidos políticos.....	194
1.1)	Los votos.....	194
1.2)	El contenido de las enmiendas de los distintos grupos al texto de la Ley.....	199
1.3)	Una valoración global.....	201
c.2)	Las posiciones de otros grupos y personas ante la LGS.	205
1.1)	La FADSP.....	205
1.2)	El diario El País.....	209
1.3)	Algunas personas próximas a la extinta UCD.....	212
II.6.-	La evolución de la sanidad con gobiernos socialistas después de la LGS (1986-1996).....	216
a)	Una panorámica general del período.....	216
b)	Las políticas de extensión (¿) de la cobertura sanitaria hacia la universalización.....	221
b.1)	Los mecanismos para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.....	222
1.1)	Las actuaciones de carácter general.....	222
1.2)	Las actuaciones de las CCAA.....	228
b.2)	La situación y los desarrollos de los sistemas de protección específicos.....	237
b.3)	Las diferencias en la extensión material de la protección.....	240
c)	El desarrollo de la organización territorial de la sanidad.....	248
c.1)	Los trasposos de la asistencia sanitaria a las CCAA en el período 1986-1996.....	249

c.2)	La constitución de los servicios autonómicos de salud...	253
c.3)	El desarrollo de los instrumentos de coordinación en el SNS.....	261
3.1)	Los sistemas de información.....	261
3.2)	El Plan Integrado y los planes autonómicos de salud.....	263
3.3)	Las Comisiones de Coordinación.....	265
3.4)	El Consejo Interterritorial del SNS.....	267
d)	La puesta en marcha y el desarrollo del sistema de financiación sanitaria entre 1986 y 1996.....	274
d.1)	La aplicación del modelo previsto en la Ley General de Sanidad.....	274
1.1)	En relación con el nivel del gasto sanitario y el establecimiento de los presupuestos anuales.....	275
1.2)	En relación con la distribución de la financiación.....	280
d.2)	Las reformas introducidas en el sistema sanitario entre 1986 y 1996.....	282
2.1)	La reforma de 1989.....	282
2.2)	La reforma de 1994.....	284
e)	Los cambios en la gestión de los servicios sanitarios entre 1986 y 1996.....	289
e.1)	La “gestión” de los servicios sanitarios entre 1986 y 1990.....	289
e.2)	El contexto de las reformas de la gestión pública en otros sectores y países.....	293
2.1)	Las reformas de la gestión en el ámbito del sector público español.....	295
2.2)	Las reformas de la gestión en los sistemas sanitarios de otros países.....	296
2.2.1)	Las reformas en el Reino Unido.....	298
2.2.2)	Las reformas en el sistema sanitario sueco.....	303
e.3)	Algunas actuaciones significativas sobre la gestión sanitaria en España en 1990.....	308
3.1)	La Ley 15/1990, de ordenación sanitaria de Cataluña.....	309
3.2)	La Comisión Abril y sus propuestas en materia de organización y gestión del sistema y los centros sanitarios.....	313
e.4)	La reforma de la gestión en el ámbito del INSALUD no transferido a partir de 1992: el contrato-programa.....	320
4.1)	Los antecedentes inmediatos.....	320
4.2)	El diseño del contrato-programa.....	323
4.3)	La aplicación del contrato-programa.....	329
e.5)	Las referencias del Consejo Interterritorial a la gestión de los servicios sanitarios.....	332
e.6)	Una perspectiva general de la reforma de la gestión durante este período.....	334

f)	Las políticas de personal entre 1986 y 1996.....	336
f.1)	La salida del conflicto de 1987 y las políticas de incentivos en el SNS.....	336
f.2)	El cambio de situación del personal clínico incorporado a la gestión.....	345
f.3)	La desregulación de la contratación en el ámbito de los centros públicos.....	352

II.7.- Las políticas farmacéuticas en el SNS.....357

a)	La regulación de la farmacia y los productos farmacéuticos y el desarrollo de la prestación farmacéutica antes de la Constitución de 1978.....	358
a.1)	Los orígenes de la regulación y la prestación.....	358
a.2)	La relación del Seguro de Enfermedad (SOE) con la industria farmacéutica y las oficinas de farmacia.....	361
a.3)	Las políticas de registro y precios de los medicamentos y las de márgenes comerciales.....	365
a.4)	La situación de las patentes y la industria con anterioridad a 1978.....	372
a.5)	Otras regulaciones de interés en el ámbito farmacéutico previas a la Constitución.....	374
a.6)	Una consideración de la situación de las políticas farmacéuticas a la promulgación de la Constitución...	376
b)	Las políticas farmacéuticas en la Constitución Española de 1978 y hasta el acceso del PSOE al Gobierno.....	378
b.1)	La distribución de competencias en materia de farmacia y productos farmacéuticos en la Constitución de 1978.....	379
b.2)	Otras actuaciones durante este período.....	384
2.1)	En el campo de los conciertos con las oficinas de farmacia y la industria.....	384
2.2)	En el campo del registro de medicamentos, precios y márgenes.....	384
2.3)	En el campo de la aportación de los usuarios.....	387
b.3)	Una valoración general de las medidas adoptadas durante este período.....	388
c)	Las políticas farmacéuticas desde diciembre de 1982.....	390
c.1)	Las políticas farmacéuticas que no sufrieron modificaciones sustantivas.....	392
1.1)	Las relaciones con la industria y los Colegios de Farmacéuticos.....	392
1.1.1)	Los convenios entre el INSALUD y los Colegios de Farmacéuticos.....	393
1.1.2)	Los convenios con la industria farmacéutica.....	398

1.1.3) Los convenios con la industria farmacéutica a partir del acceso al Gobierno del PP en 1996.....	404
1.1.1.1) El convenio de agosto de 1996.....	404
1.1.1.2) El convenio de enero de 1998.....	406
1.1.1.3) El convenio de marzo de 2001.....	409
1.1.1.4) El convenio de octubre de 2001....	410
1.1.1.5) El desarrollo posterior de la relación con la industria farmacéutica.....	412
1.2) Las políticas de precios y márgenes a partir de 1982.....	416
1.2.1) Los precios.....	416
1.2.2) Los márgenes.....	422
c.2) Algunas modificaciones en las políticas farmacéuticas a partir de la Ley 25/1990, del Medicamento.....	427
2.1) El registro de nuevas especialidades farmacéuticas..	430
2.2) La financiación selectiva de medicamentos.....	433
2.3) La política de precios de referencia.....	437
2.4) La introducción de los genéricos en España.....	443
d) Las políticas farmacéuticas: una valoración global.....	448
II.8.- Los períodos de gobierno a partir de 1996.....	452
a) La primera legislatura del Partido Popular (1996-2000).....	453
a.1) Las formas organizativas del SNS.....	454
1.1) Los orígenes.....	454
1.2) La Comisión parlamentaria “ <i>para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud</i> ”	456
1.3) La Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud.....	458
1.4) El Plan Estratégico del INSALUD de 1998.....	464
a.2) La descentralización y la financiación durante este período.....	468
b) La segunda legislatura Popular (1ª parte) (2000-2002).....	474
b.1) El establecimiento de un nuevo sistema de financiación autonómica y el cierre de los traspasos del INSALUD a las CCAA.....	476
1.1) Las características del sistema de financiación de 2001.....	483
1.1.1) las previsiones de ingresos y “necesidades” de gasto.....	483
1.1.2) Mecanismos de corresponsabilidad fiscal cuando menos dudosos.....	485
1.1.3) Garantías de la financiación sanitaria.....	486
1.1.4) Fondos sanitarios específicos.....	486
1.1.5) Asignaciones “de nivelación”.....	487
1.2) El significado político del nuevo sistema de financiación autonómica, incluyendo la sanitaria, y el apoyo a su aprobación.....	487

1.2.1) Las consecuencias del nuevo sistema de financiación sobre la igualdad en servicios sanitarios entre CCAA.....	487
1.2.2) El apoyo al sistema de financiación de 2001..	491
b.2) La Oferta Pública de Empleo (OPE) de 2001.....	492
2.1) Las razones de este proceso extraordinario y sus características.....	492
2.1.1) Las características formales del proceso y su desarrollo.....	495
2.1.2) Los números de la OPE y su repercusión sobre la dinámica del Sistema.....	497
c) La segunda legislatura Popular (2ª parte) (2002-2004).....	506
c.1) La ley 16/2003, de 26 de mayo, de cohesión y calidad del SNS.....	507
1.1) El desarrollo de proyectos anteriores a la Ley de cohesión.....	509
1.2) El desarrollo de la Ley.....	514
1.2.1) El proyecto de ley de diciembre de 2002.....	516
1.2.2) Los cambios introducidos en el proyecto durante su tramitación y la evolución a un “proyecto de consenso” en el Congreso.....	519
1.2.3) Las modificaciones del proyecto en el Senado.....	528
1.2.4) Una valoración general de la situación de la coordinación en el Sistema tras la aprobación de la Ley de cohesión.....	533
c.2) Las normas sobre personal: la ley de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) y el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.....	538
1	
2.1) Los procesos de elaboración y aprobación de estas normas	538
2.2) Los contenidos de las normas.....	542
2.2.1) La LOPS.....	542
2.2.2) El Estatuto Marco.....	546
2.3) Una valoración crítica de las normas relativas al personal dictadas.....	547
c.3) La modificación de la Ley sobre técnicas de reproducción asistida realizada por la Ley 45/2003.....	551
d) Los gobiernos socialistas desde marzo de 2004.....	555
d.1) El primer mandato socialista de la segunda etapa (2004-2007).....	557
1.1) La modificación de las normas relacionadas con la investigación con embriones y las técnicas de reproducción humana asistida.....	558

1.2) Las actuaciones en materia de organización y financiación de los servicios sanitarios.....	561
1.3) La Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo.....	564
1.4) la Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías de uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.....	566
d.2) El segundo mandato socialista de la segunda etapa (2007-2009).....	568
 III.-UN RESUMEN DE LA SITUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL A LA LUZ DE LAS POLÍTICAS DESARROLLADAS	 571
 IV.- A LA BÚSQUEDA DE LAS RAZONES DE LA EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS DESARROLLADAS EN ESPAÑA DESDE LA TRANSICIÓN.....	 587
 IV.1.- Una primera valoración: ¿está justificado centrar la observación de manera preferente en las actitudes y políticas sanitarias desarrolladas por el Partido Socialista?.....	 587
 IV.2.- Las condiciones de creación de los servicios públicos universales de salud.....	 601
a) La creación de los “servicios nacionales de salud” en distintos países.....	602
a.1) Las condiciones políticas y económicas generales.....	603
a.2) La existencia de un ambiente social solidario.....	605
a.3) La existencia de bases fiscales adecuadas para el sostenimiento de los servicios públicos.....	608
a.4) La situación de las tecnologías sanitarias.....	610
a.5) El desarrollo científico-técnico y corporativo de la profesión médica.....	611
b) La evolución de la protección sanitaria en países que ha seguido procesos de democratización paralelos y simultáneos al español.....	615
b.1) La situación de los sistemas de protección en los países analizados previa a los cambios políticos democratizadores del siglo pasado.....	616
b.2) La revisión de los contratos sociales entre 1980 y 2005 en los grupos de nuevos países democráticos analizados.....	618
b.3) Las relaciones entre democracia y protección social.....	622

IV.3.- Las condiciones de nacimiento y desarrollo del Sistema Nacional de Salud español: ¿un gigante con pies de barro y sin columna vertebral?.....	626
a) El contexto político y económico de la creación del SNS: ¿un modelo “anacrónico?.....	626
b) El diseño de un modelo incongruente con la situación previa de la cobertura sanitaria, las preferencias de sectores clave y las demandas reales de la población, reformado de manera inmediata por razones ajenas a su propia situación.....	631
b.1) El punto de partida: la consideración de la situación previa y su evolución.....	631
b.2) Las reformas “de la gestión” posteriores, un ejemplo de importación extemporánea, inadecuada y no adaptada a la realidad del SNS de las reformas planteadas en otros países.....	646
c) La situación del gasto sanitario y de los determinantes principales de su evolución: la posición de la industria farmacéutica y de los seguros sanitarios.....	654
c.1) La situación de la industria farmacéutica y de las tecnologías sanitarias.....	661
c.2)) El desarrollo de otro grupo económico de interés activo: los seguros médicos privados.....	675
c.3) La situación española en relación con los agntes económicos con mayor capacidad de influencia sobre los sistemas sanitarios.....	693
d) La situación de los profesionales sanitarios, principalmente de los médicos.....	700
d.1) Un aspecto peculiar de la situación de los profesionales sanitarios en España: la de los profesionales de la administración y la gestión de los servicios sanitarios.....	708
V.- UN RESUMEN DE LAS RAZONES DE LA EVOLUCIÓN Y LA SITUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL A LA LUZ DE LA EXPERIENCIA COMPARADA	716
VI.-CONCLUSIONES FINALES.....	745
VII.-BIBLIOGRAFÍA.....	755

INDICE DE TABLAS

Página

-TABLA 1. Evolución de la población con protección sanitaria de la Seguridad Social 1945-1966.....	5
-TABLA 2. Evolución de la población con protección sanitaria de la Seguridad Social 1967-1978.....	6
-TABLA 3. Plazas de formación sanitaria especializada adjudicadas a Médicos en las convocatorias de 1983/84 a 2006/07.....	46
-TABLA 4. Población por provincias y CCAA cubierta por el nuevo modelo de Atención Primaria en 1989.....	78
-TABLA 5. Extensión de la reforma de la Atención Primaria por CCAA en 1998.....	80
-TABLA 6. Evolución del gasto sanitario público entre 1977 y 1990 en pesetas corrientes y constantes de 1986 en índices de valor, volumen y precios asociados.....	85
-TABLA 7. Porcentajes del presupuesto global del INSALUD asignados a las CCAA que recibieron los traspasos entre 1981 y 1997.....	92
-TABLA 8. Enmiendas presentadas al texto de la Comisión en el Congreso.....	195
-TABLA 9. Votación de enmiendas de Grupos en el Congreso el 7 de Noviembre de 1985.....	196
-TABLA 10. Votación del texto de la Ponencia a su primer paso por el Congreso.....	197
-TABLA 11. Votación de enmiendas del Senado en el Congreso el 18 de Marzo de 1986.....	198
-TABLA 12. Participación de las CCAA en los Plenos del CISNS hasta 1996.....	271
-TABLA 13. Número de puntos del orden del día propuestos por las CCAA en Plenos del CISNS celebrados hasta 1996.....	271
-TABLA 14. Proponentes de puntos del Orden del Día de Plenos del CISNS hasta 1996.....	272
-TABLA 15. Características de puntos del Orden del Día propuestos por las CCAA y tratados en Plenos del CISNS hasta 1996.....	272

-TABLA 16. Evolución de presupuestos, gastos y participación en el PIB del gasto total del INSALUD (transferido y no transferido) hasta 1996 (incluye operaciones de saneamiento).	277
-TABLA 17. Cuantía de las “operaciones de saneamiento” financiero del INSALUD entre 1992 y 1996 y distribución por CCAA.....	278
-TABLA 18. Objetivos del Contrato-Programa del INSALUD en 1993 en Atención Especializada.....	327
-TABLA 19. Objetivos del Contrato-Programa del INSALUD en 1993 en Atención Hospitalaria.....	328
-TABLA 20. Objetivos del Contrato-Programa del INSALUD en 1993 en cobertura y creación de Equipos de Atención Primaria por CCAA.....	329
-TABLA 21. Plazas de Cuerpos o Escalas adscritos al MSC en las Ofertas de Empleo Público 1985-2008.....	351
-TABLA 22. Gasto Público de la prestación farmacéutica 1980-1986 en Millones de pesetas corrientes.....	388
-TABLA 23. Inversión en I+D de cuatro países y España en % en relación a I+D de EU-15 (menos Portugal, Grecia y Luxemburgo) en el período 2002-2006.....	413
-TABLA 24. Revisiones generales de precios de los medicamentos financiados con fondos públicos 1984-2002.....	417
-TABLA 25. Número de empresas farmacéuticas en España en 2005, 2006 y 2007.....	439
-TABLA 26. Distribución por CCAA de laboratorios titulares de especialidades farmacéuticas en 2005, 2006 y 2007.....	439
-TABLA 27. Evolución del consumo de medicamentos genéricos en España.....	446
-TABLA 28. Consumo de especialidades farmacéuticas genéricas en España de 2001 a 2004.....	446
-TABLA 29. Distribución territorial de los recursos económicos sanitarios de la Seguridad Social en millones de pesetas según el acuerdo de 27 de noviembre de 1997.....	470

-TABLA 30. Participación porcentual de las CCAA en la distribución territorial de los recursos sanitarios de la Seguridad Social según el acuerdo financiero de 1997.....	471
-TABLA 31. Distribución territorial de la financiación sanitaria per cápita (en pesetas por habitante) según el acuerdo de 1997....	472
-TABLA 32. Financiación sanitaria solicitada, ofertada y obtenida por las CCAA receptoras de traspasos del INSALUD en 2001 (en millones de euros).....	481
-TABLA 33. Modificaciones de la distribución de la financiación sanitaria entre CCAA de régimen común entre un sistema de distribución poblacional pura y el nuevo sistema de financiación de diciembre de 2001.....	482
-TABLA 34. Plazas de diferentes categorías y especialidades convocadas en la OPE	499
-TABLA 35. Desarrollo del proceso inicial de consolidación de plazas de la OPE para todas las especialidades y categorías.....	500-502
-TABLA 36. Desarrollo de la fase de provisión de facultativos (hasta 16/07/2009).....	503-504
-TABLA 37. Desarrollo de la fase de provisión de plazas de personal del Grupo A no facultativo.....	504
-TABLA 38. Desarrollo de la fase de provisión de los Grupos B al E.....	505
-TABLA 39. Cambios introducidos en la tramitación en el Congreso del Proyecto de Ley de cohesión y calidad del Gobierno.....	521
-TABLA 40. Comparación entre los costes de administración en la atención sanitaria en los Estados Unidos y Canadá en 1999.	683
-TABLA 41. Evolución del personal administrativo como porcentaje del total de personal sanitario en los Estados Unidos entre 1969 y 1999.....	684

ÍNDICE DE CUADROS

	<u>Página</u>
-CUADRO 1. Transferencias a CCAA en materias sanitarias.....	36
-CUADRO 2. Estructura general de la Ley General de Sanidad.....	124
-CUADRO 3. Estructura de la Ley General de Sanidad por Títulos, Capítulos y Artículos.....	124
-CUADRO 4. Estructura del Título I.....	125
-CUADRO 5. Estructura del Título II.....	126
-CUADRO 6. Estructura del Título III.....	127
-CUADRO 7. Estructura del Título IV.....	129
-CUADRO 8. Estructura del Título VI.....	129
-CUADRO 9. Conferencias sectoriales de primer nivel a Octubre de 1995.....	176
-CUADRO 10. Reuniones de Conferencias Sectoriales de primer nivel celebradas hasta octubre de 1995.....	176
-CUADRO 11. Características diferenciales de distintas clases de servicios públicos.....	182
-CUADRO 12. Posiciones de la FADSP frente al Proyecto de Ley General de Sanidad.....	206-207
-CUADRO 13. Fechas de constitución de Servicios autonómicos de Salud....	257
-CUADRO 14. Contenidos y apartados desarrollados en los Planes de Salud de las CCAA hasta 1996.....	264
-CUADRO 15. Especificación de los instrumentos presupuestarios utilizados en las “operaciones de saneamiento” de la Tabla 16.....	279
-CUADRO 16. Criterios de financiación aplicados a las CCAA que recibieron los traspasos del INSALUD antes de 1994.....	281
-CUADRO 17. Modalidades de gestión de nuevos centros y servicios Sanitarios en distintas CCAA generadas antes de 1996.....	312

-CUADRO 18. Contenidos de los conciertos Seguridad Social- industria Farmacéutica hasta 1986.....	364
-CUADRO 19. Contenidos de los conciertos Seguridad Social – Colegios de farmacéuticos hasta 1982.....	365
-CUADRO 20. Comparación entre proyectos de leyes de coordinación.....	515

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<u>Página</u>
-GRÁFICO 1. Evolución de la población con protección sanitaria de la Seguridad Social 1945-1981.....	7
-GRÁFICO 2. Evolución de la población con protección sanitaria Pública 1982-1991.....	8
-GRÁFICO 3. Evolución del gasto sanitario público por habitante en poder paritario de compra (en dólares) en España y en la Comunidad Europea entre 1975 y 1991.....	86
-GRÁFICO 4. Evolución del porcentaje del gasto sanitario público en poder paritario de compra en España respecto a la Comunidad Europea entre 1975 y 1991.....	87
-GRÁFICO 5. Gasto público en farmacia de la Seguridad Social (1944-1976) en miles de millones de pesetas corrientes.....	377
-GRÁFICO 6. Incremento interanual del gasto farmacéutico ambulatorio y hospitalario, y del IPC, en el período 1983-2005.....	401
-GRÁFICO 7. Evolución del mercado de genéricos en España en cuota porcentual de mercado en unidades y ventas.....	446
-GRÁFICO 8. Porcentaje del gasto sanitario total financiado con impuestos y cotizaciones sociales en países europeos seleccionados, en 1998 o el último año anterior disponible.....	474
-GRÁFICO 9. Evolución entre 1960 y 2004 del gasto sanitario total como porcentaje del PIB (GDP) en países seleccionados de la OCDE.....	655
-GRÁFICO 10. Gasto sanitario per cápita versus GDP (PIB) per cápita en países de la OCDE en 1992.....	656
-GRÁFICO 11. Gasto sanitario per cápita versus GDP (PIB) per cápita en países de la OCDE en 2002.....	656
GRÁFICO 12. Gasto sanitario total como porcentaje del PIB(GDP) en 2003 en grupos de países clasificados según PIB per cápita.....	657
-GRÁFICO 13. Relación gasto sanitario- esperanza de vida saludable en diferentes países.....	658

-GRÁFICO 14. Relación entre esperanza de vida al nacer y promedio nacional de ingresos per cápita en diferentes países en 1900, 1930 y 1960.....	659
-GRÁFICO 15. Evolución de la rentabilidad en beneficios netos sobre activos de la industria farmacéutica en los Estados Unidos en relación con la de otros sectores industriales entre 1995 y 2008.	663
-GRÁFICO 16. Gasto público sanitario como porcentaje del gasto sanitario total en 2003 en grupos de países clasificados según PIB per cápita.....	676
-GRÁFICO 17. Aportaciones de los usuarios (<i>“out of pocket expenditures”</i>) como proporción del gasto sanitario total en 2003 en grupos de países clasificados según PIB per cápita.....	677
-GRÁFICO 18. Gasto en seguros sanitarios privados como proporción del gasto sanitario total en 2003 en grupos de países clasificados según PIB per cápita.....	678
-GRÁFICO 19. Incremento porcentual anual de las primas de aseguradoras privadas en los Estados Unidos comparado con la inflación interanual entre 2000 y 2009.....	681
-GRÁFICO 20. Evolución del porcentaje de todas las empresas y de empresas entre 3 y 9 trabajadores que ofrecieron cobertura sanitaria a sus empleados en los Estados Unidos entre 1999 y 2009.....	682
-GRÁFICO 21. Evolución de los costes administrativos por persona cubierta en el aseguramiento privado en los Estados Unidos entre 1986 y 2008.....	685

ÍNDICE DE FIGURAS

	<u>Página</u>
-FIGURA 1. Distribución por CCAA de laboratorios titulares de especialidades farmacéuticas en 2009.....	440
-FIGURA 2. Descubrimiento de nuevos medicamentos desde la década de 1930 hasta nuestros días: inversión de la tendencia	668
-FIGURA 3. Evolución “patológica” de la tecnoestructura del SNS.....	709

POLÍTICAS SANITARIAS EN ESPAÑA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

I.- INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario español se encuentra en una situación peculiar: producida la descentralización completa de su gestión en enero de 2002, muchos consideran que con ello se ha alcanzado su desarrollo definitivo, que sólo requiere de algunas adaptaciones para perfeccionar su funcionamiento, cuya organización general no se pone en cuestión. Diferentes análisis realizados en los últimos años a partir del informe de la OMS en el año 2000 (WHO, 2000) que comparan la situación de la salud y los sistemas sanitarios en diferentes países y en los que España ocupa con frecuencia un lugar destacado entre ellos han contribuido a reforzar esta posición.

Hay otras opiniones que, por el contrario, estiman que, dejado a su evolución natural, y si no adoptan medidas que consoliden el propio sistema (entendido como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, tal y como lo define la Ley General de Sanidad), se corre un grave riesgo de que quiebre como tal no sólo por razones de sostenibilidad económica, y que, como consecuencia, deje de constituir la base para el mantenimiento de la protección sanitaria en condiciones de igualdad de todos los ciudadanos españoles en todo el territorio español, un logro supuestamente alcanzado en 1986 con la propia Ley General de Sanidad (Montero, 2007).

Algunas de las valoraciones realizadas sobre la situación de nuestro sistema sanitario se han centrado en ciertos aspectos cuantitativos del mismo, en especial en considerar la evolución en la salud de la población de los diferentes territorios y si se produce una tendencia a la igualación o a la divergencia en términos de salud entre ellos, como si ésta fuera la mejor expresión y el resultado principal del funcionamiento de los servicios sanitarios (Cutler, 2004; Molinari, 2004; Montero, 2007; Nolte, 2003 a y b, 2004; Or, 2001).

Las limitaciones de ese tipo de aproximaciones las he comentado en otros trabajos (Rey del Castillo, 2007), en los que he propuesto otros enfoques complementarios de carácter cualitativo.

Una aproximación que puede aportar una visión complementaria de evaluaciones de otro carácter como las señaladas es el análisis de las diferentes políticas que se han venido desarrollando por los distintos gobiernos en el terreno sanitario, cuyo resultado ha sido la situación actual de nuestro sistema. Este enfoque, que es el elegido para este trabajo, tiene el valor añadido de dejar constancia expresa de diferentes posiciones por parte de distintos agentes políticos y sociales, y de actuaciones y situaciones que deben ser objeto de debate más amplio, puesto que constituyen la base para cualquier actuación en el futuro.

Por otra parte, en este trabajo la base fundamental para el seguimiento de las políticas que se han ido desarrollando no la constituyen un conjunto de valoraciones subjetivas, sino que se lleva a cabo principalmente a través de un amplio recorrido que, siguiendo un orden cronológico hace referencia a las normas de distinto rango que se han ido dictando de manera sucesiva en estas materias; también se recogen y analizan documentos, proyectos o propuestas generales que no alcanzaron el rango normativo, siempre que tuvieran una proyección pública y pudieran servir de soporte a las políticas posteriormente desarrolladas.

En todo caso, en el orden cronológico que he seguido en la exposición he introducido una división por grandes períodos de gobierno caracterizados por el partido que ha ejercido éste en cada uno de ellos. A su vez, dentro de cada período he introducido una división por materias, haciendo un análisis específico de cada una de ellas dentro de cada plazo. Sólo en el caso de las políticas farmacéuticas, por su homogeneidad y especificidad, he preferido agrupar la mayor parte de la exposición relativa a las distintas políticas específicas en un solo apartado.

En algunos casos, cuando el desarrollo de una política en un área concreta ha continuado a lo largo de más de un período de los establecidos con carácter general, he preferido sobrepasar éstos en la exposición con objeto de facilitar el seguimiento y la comprensión de las medidas adoptadas. En esos casos, en el período correspondiente se hace una referencia sucinta a las medidas adoptadas en ese plazo, remitiendo a la vez al apartado previo en el que se haya llevado a cabo la exposición más amplia.

El resultado final de esa primera parte del trabajo es una valoración, ésta sí de carácter subjetivo, aunque basada de la manera que me ha sido lo más objetivamente posible en la descripción previa, sobre la prioridad de las políticas sanitarias desarrolladas en nuestro país desde la Transición a la democracia.

En esa valoración se concluye un escaso grado de coherencia entre la prioridad política otorgada en realidad a las políticas sanitarias por los diferentes gobiernos que se han ido sucediendo, en particular los correspondientes al Partido Socialista, del que más cabía esperar una posición contraria, y las manifestaciones realizadas por esos mismos gobiernos, y los partidos que los han sustentado, sobre la importancia, el grado de desarrollo y la trascendencia de las políticas desarrolladas.

La segunda parte del trabajo se dedica, por eso, a la búsqueda de las razones que han podido provocar esa discordancia.

Como método para la búsqueda de esas razones, en el trabajo me he planteado recurrir al análisis comparado de dos épocas y situaciones distintas, que guardan algunas semejanzas, aunque por razones diferentes, con la situación previa que se daba y la evolución posterior que se produjo al inicio y durante el proceso seguido para la creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el caso español.

La primera de esas épocas y situaciones corresponde a la creación de los denominados “Servicios Nacionales de Salud” en distintos países democráticos. La segunda, a los procesos de cambio a sistemas democráticos a partir de otros que no reunían las condiciones formales características de una democracia que se han producido en diferentes países en períodos próximos al que tuvo lugar en España, conocido en términos generales como la “Transición”.

A las situaciones citadas, durante la fase final del trabajo se le ha añadido la coincidencia con el proceso de reforma parcial del sistema sanitario norteamericano promovido por el actual Presidente de aquel país, Barack Obama, con objeto de ampliar la cobertura sanitaria de la que carecían hasta ahora a una parte sustancial de los más de 45 millones de personas, más del 15% de su población, que se encontraban en esa situación. Como quiera que la creación del SNS tenía por objetivo principal uno muy similar, el de establecer la protección sanitaria a toda la población española en nuestro caso en condiciones de igual acceso a los servicios, el proceso norteamericano, aún no finalizado al redactar estas líneas, y a pesar de las diferencias en los mecanismos para alcanzar ese objetivo puestas en marcha en uno y otro caso, a las que se alude en el texto, se ha convertido en un tercer ámbito, oportuno y casi obligado, de referencia comparada..

Hay otros trabajos previos (Haggard, 2008) en los que se ha planteado a utilización de los análisis de casos comparados como instrumento para la búsqueda de relaciones de causalidad determinantes de la evolución de los sistemas sociales y

políticos, de una manera que los meros análisis estadísticos comparados no facilitan, por estar sometidos a limitaciones mucho más importantes que las que habitualmente se reconocen¹. Esa posición coincide ampliamente con la adoptada en este trabajo, cuyo objetivo principal es contribuir con el análisis realizado a hacer posibles en el futuro cuantas medidas sean precisas para consolidar nuestro sistema sanitario como instrumento para lograr la protección universal e igualitaria de todos los españoles, pese a que en el propio trabajo se ponga en duda que ése sea un objetivo en la actualidad compartido, al menos de manera consciente, por una parte significativa de la población española.

De resultados del análisis comparado que se lleva a cabo se alcanzan algunas conclusiones que contrastan con el argumento más general que se venía sosteniendo para justificar los mecanismos, y las bondades y coherencia de los mismos, adoptados para llevar a cabo para hacer efectiva la universalización de la protección sanitaria en España (un objetivo cuyo alcance real se pone en cuestión en el análisis descriptivo previo realizado); un argumento que se completaba con el reconocimiento del papel desarrollado por la socialdemocracia en la consecución de la protección sanitaria universal en distintos países en otros momentos históricos. En la argumentación se incluye un debate específico sobre las razones que justifican las posiciones críticas contrarias, al menos de manera parcial, a la aplicabilidad de esa argumentación en el caso español.

El trabajo concluye aportando una valoración de las circunstancias que en el momento actual pueden dificultar la consecución del objetivo universalizador e igualitario en el ámbito de la protección sanitaria en España.

¹ Se pueden ver en este sentido las afirmaciones contenidas en la página 18 del texto citado. Así, por ejemplo: *“Creemos que la utilidad del análisis estadístico comparado entre países afronta limitaciones mucho más severas de lo que habitualmente se reconocen ...El estudio comparativo de casos proporciona la oportunidad de demostrar relaciones de causalidad por una vía que le está vedada al análisis estadístico”*.

II.- EL PASADO DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL.

II.1.- LOS ORÍGENES MÁS REMOTOS

a) Aspectos organizativos y de cobertura de los servicios sanitarios en el período preconstitucional.

Cualquier descripción del pasado de nuestro sistema sanitario actual debe comenzar por recordar que sus orígenes se encuentran en un sistema de los llamados “de Seguridad Social” o bismarckianos (cuya cobertura original incluía, en consecuencia, a los trabajadores asalariados, y que se financiaba con cotizaciones sociales), que fue extendiéndose de manera progresiva a colectivos de trabajadores cada vez más amplios durante la dictadura².

Tabla 1. Evolución de la población con protección sanitaria de la SS. 1945-1966.

POBLACIÓN PROTEGIDA 1945-1966				
Año	Número de asegurados	Población protegida Total	% Incremento	% Población protegida
1945		5.912.000		22
1950	3.064.600	8.180.600	38	29
1955	3.784.400	9.380.800	15	32
1960	5.090.000	13.292.000	42	43
1965	6.271.000	16.475.000	24	51
1966	6.598.000	17.248.000	5	53

Fuente: elaboración propia a partir de Memorias del I.N.P (Freire JM, 1993)

Dentro de esos grupos hay que incluir la creación de un régimen especial de Seguridad Social para los funcionarios, financiado a través de los Presupuestos Generales del Estado, lo que tuvo lugar en 1976. La protección sanitaria a este colectivo, como parte de su régimen especial de Seguridad Social, se configuró desde su inicio de manera diferente a la del resto de la población trabajadora, permitiendo la opción entre la cobertura sanitaria a través de compañías privadas de seguro sanitario

² Pueden verse a este respecto las tablas 1 y 2 y los gráficos 1 y 2, tomados de Freire (1993). Las cifras, partiendo de fuentes diferentes, coinciden con las citadas por Elola (1991; p. 74) en estimar que en 1977, el año de las primeras elecciones democráticas, la población cubierta por la asistencia sanitaria de la Seguridad Social alcanzaba el 77%, el 82 % en 1982, y el 84% en 1986, cuando se promulgó la Ley General de Sanidad. En las tablas adjuntas se puede ver la evolución de la población cubierta bajo ese régimen de atención durante la dictadura.

concertadas con la Mutualidad de funcionarios correspondiente (MUFACE) o hacerlo a través del sistema general de Seguridad Social. Esta opción no fue el resultado del diseño de una política específica, sino, según las manifestaciones de los gestores de la nueva Mutualidad de la época (cita revista MUFACE), la consecuencia de la negativa de los gestores de la Seguridad Social de aquel momento a integrar en el sistema general de protección, cuya disponibilidad de medios era todavía limitada por las razones que se indican más abajo, a la población (cerca de dos millones de personas si se incluye la población dependiente) integrada en el nuevo régimen especial de Seguridad Social.

Tabla 2. Evolución de la población con protección sanitaria de la SS. 1967-1978.

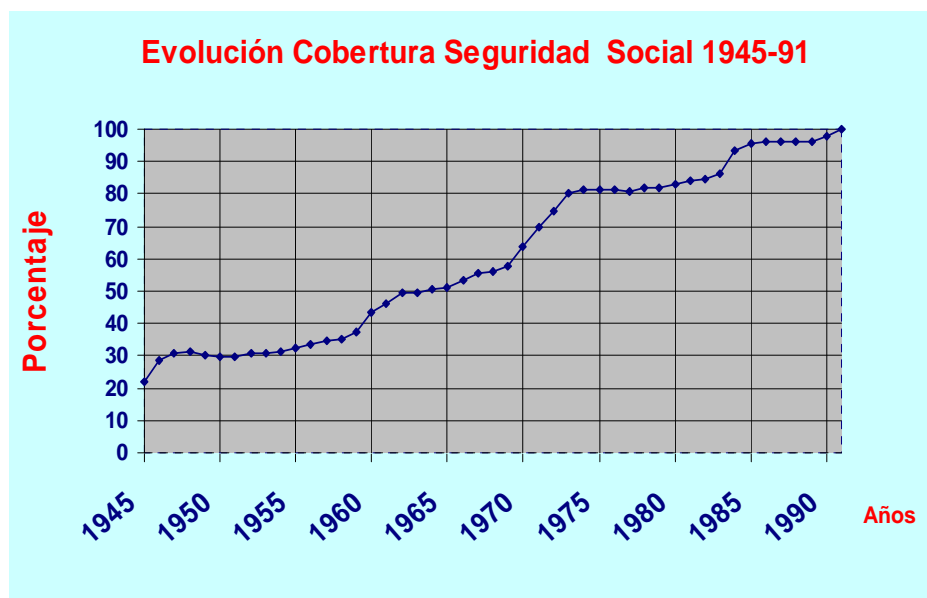
POBLACIÓN PROTEGIDA 1967-78			
Año	Población protegida	% Incremento	% Población protegida
1967	18.200.000		55.54
1968	18.600.000	2,2	56.14
1969	19.393.000	4,26	57.91
1970	21.371.669	10,2	63.78
1971	23.952.000	12,07	70.01
1972	25.739.000	7,46	74.48
1973	28.019.781	8,86	80.27
1974	28.732.000	2,54	81.50
1975	28.989.823	0,9	81.41
1976	29.151.000	0,56	81.05
1977	29.355.000	0,7	80.80
1978	30.000.000	2,2	81,76

Fuente: elaboración propia a partir de Memorias de I.N.P. e INSALUD (Freire JM, 1993)

La peculiaridad de ese sistema “de Seguridad Social” respecto a otros sistemas bismarckianos era que el mismo disponía de una red sanitaria propia, lo que lo asemejaba en ese aspecto a otros sistemas del tipo de los llamados “servicios nacionales de salud” (caracterizados por ofrecer protección sanitaria a toda la población en concepto de su condición de ciudadanos). La razón de esa diferencia hay que buscarla en la propia constitución del sistema de Seguridad Social español, creado, como se ha indicado antes, durante la dictadura. La incorporación al mismo de trabajadores jóvenes y, por tanto, cotizantes al sistema, pero demandantes de prestaciones tanto económicas como en especie en proporción mucho más reducida, fue la base para una acumulación de capital que permitió definir a primeros de los años 70 el propio sistema de Seguridad

Social como “banquero barato”, con el que se financió la expansión de distintos tipos de servicios, incluidos los sanitarios, de cuyas infraestructuras estaba básicamente carente nuestro país por entonces³.

Gráfico 1. Evolución del porcentaje de la población española con protección sanitaria de la SS. 1945-1991.



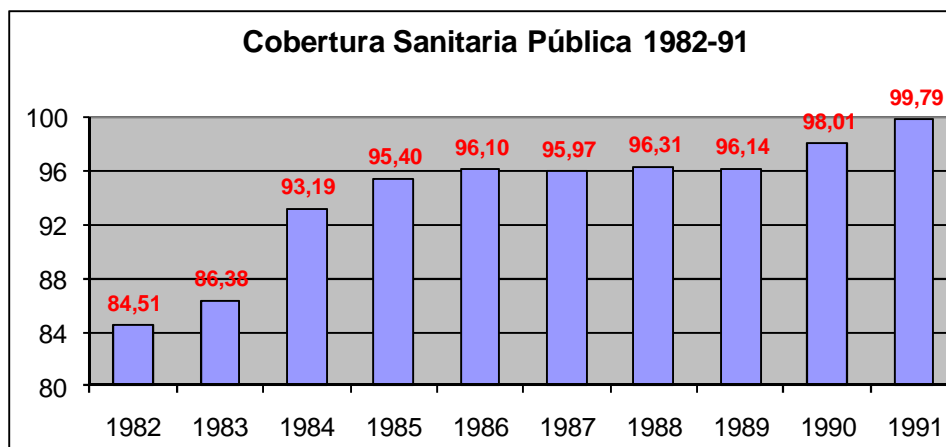
La red sanitaria así creada se incluyó, como propia de la Seguridad Social, en el ámbito del Ministerio de Trabajo. Esta red quedaba así al margen de los servicios sanitarios más tradicionales, los del ámbito de la policía sanitaria o Salud Pública, que venían dependiendo desde antes de la guerra civil de una Dirección General de Sanidad dependiente del Ministerio de la Gobernación o Interior, y cuya dotación en cuanto a infraestructuras sanitarias se reducía a diferentes dispensarios y centros hospitalarios específicos para los tratamientos (o “luchas”, como se denominaban en la terminología de la época) de determinadas enfermedades, principalmente infecciosas (tuberculosis, lepra, venéreas...).

La propia red de instituciones sanitarias de la Seguridad Social no tuvo un desarrollo uniforme: al inicio sólo contó con centros de atención primaria peculiares (los llamados “ambulatorios”), en los que prestaban atención, con escasa dedicación horaria y acceso reducido a medios diagnósticos, los médicos generales. La peculiaridad de

³ El desarrollo del sistema español de asistencia sanitaria en el ámbito del sistema de Seguridad Social está ampliamente descrito en Guillén Rodríguez (2000). Una descripción “desde dentro” del desarrollo del sistema sanitario de la Seguridad Social se puede ver en Arranz (1991).

éstos era también su régimen retributivo (según el “cupo”, o número de cartillas adscritas a cada uno) y de vinculación a la Seguridad Social, como trabajadores por cuenta ajena, una situación muy distinta a la que han tenido siempre los médicos generales en otros países de nuestro entorno, como profesionales liberales que firman contratos con los sistemas sanitarios respectivos para incluir en su actividad la atención de pacientes con cobertura pública (Repullo, 2009).

Gráfico 2. Evolución de la población con protección sanitaria pública 1982-1991.



El desarrollo de una red hospitalaria propia por parte de la Seguridad Social comenzó a mediados de los años 60. De ese desarrollo hay que destacar algunos aspectos:

- en primer lugar, su carácter necesariamente “asimétrico”, utilizando términos del lenguaje político actual: la creación de nuevos centros, tanto por razones de imposibilidad económica como de disponibilidad real de personal para acceder en régimen de dedicación adecuado a las plantillas, no fue simultánea en todos los territorios del Estado, sino progresiva. La política de creación de centros nuevos (al menos uno por provincia) no había siquiera finalizado cuando a finales de los años 70 se produjo el cambio de régimen político. Por otra parte, los nuevos centros hospitalarios se crearon con diferentes modelos de complejidad y dotación: los dotados de los servicios más generales se llamaron “residencias sanitarias”; “ciudades sanitarias” los que además de los servicios más generales estaban dotados de las especialidades más complejas, constituyéndose en referencia para la atención de pacientes de territorios más amplios, en muchos casos no correspondientes con los que luego se constituyeron en CCAA. Ambas circunstancias tuvieron importantes repercusiones cuando tras la aprobación de la nueva constitución democrática se

inició el traspaso de las competencias de la gestión sanitaria a las propias CCAA.

- Los centros hospitalarios de la Seguridad Social, como centros de nueva creación, fueron el asiento del ejercicio más moderno y especializado de la Medicina, a la vez que hacían posible su organización por departamentos y servicios vinculados a la denominación y el ejercicio de las diferentes especialidades médicas. Ello permitió la expansión y el desarrollo de éstas, hasta entonces hipotecado en los hospitales de más alto nivel (fundamentalmente los Hospitales Clínicos vinculados a las Facultades de Medicina) al dominio ejercido sobre el conjunto de las actividades médicas o quirúrgicas por los docentes, que carecían de capacidad de abarcar el desarrollo científico-técnico producido en el ejercicio de cada especialidad.
- El mantenimiento de especialistas “de cupo” en los ambulatorios, sin relación alguna con los nuevos servicios creados, perpetuó, sin embargo, un escalón intermedio de atención de escasa eficacia (cualquier prueba diagnóstica se repetía si el paciente accedía finalmente al hospital para su diagnóstico o tratamiento) y ninguna eficiencia. A la vez, permitía el mantenimiento de dos formas de ejercicio profesional diferentes en el seno de un mismo y único sistema, cuya consolidación constituía por sí misma una dificultad añadida para su razonable integración (por otra parte, muchos de los puestos de especialistas en los “ambulatorios” eran desempeñados en régimen de reducida dedicación por médicos de hospitales ajenos a la Seguridad Social, como los Clínicos, dependientes de la Universidad, o los de las Diputaciones Provinciales. La extensión de la cobertura de aquélla llevó también a estos hospitales, como a los de la AISNa antes citados, a funcionar al servicio de la red sanitaria de la propia Seguridad Social bajos sistemas de concierto; unos conciertos cuyas reglas permitían, sin embargo, el desempeño simultáneo de los dos puestos, con los efectos retributivos correspondientes sobre el, a pesar de todo, reducido grupo de médicos que se veían favorecidos por tal situación).
- Los centros hospitalarios de la Seguridad Social se constituyeron también en la base principal sobre la que se asentó el sistema para la formación de especialistas cualificados, el llamado sistema “MIR” (siglas de Médicos Internos Residentes, terminología adoptada de los sistemas de formación de especialistas de otros países, principalmente el norteamericano). Aunque los primeros

programas de formación de este carácter se desarrollaron a finales de los años sesenta y principios de los setenta en hospitales ajenos a la red hospitalaria de la Seguridad Social, en concreto el Hospital General de Asturias y la Clínica de la Concepción, seguidos poco después por otros centros, como el Hospital Clínico de Madrid o el de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona, lo cierto es que el sistema sólo adquirió un carácter “nacional” cuando se asumió como propio por los hospitales de la red citada y se estableció un sistema común de acceso a las plazas de formación ofertadas, tanto en los hospitales de la red propia como en centros como los antes mencionados, que funcionaban en régimen de concierto con aquélla.

La primera convocatoria de las características citadas tuvo lugar en 1978, en plena transición política de un régimen a otro y pocos meses antes de la aprobación de la Constitución democrática. Pero su logro supuso un largo período de luchas previo por parte de los médicos más jóvenes que pretendían acceder al sistema de formación y se habían incorporado a éste en las condiciones precarias (sin contrato de trabajo, con salarios muy reducidos y escasas garantías de equidad en el acceso) que caracterizaron su desarrollo anterior al establecimiento definitivo del sistema indicado.

b) Algunas referencias a la situación de los médicos en el período preconstitucional.

Como todas las luchas de carácter esencialmente profesional que se desarrollaron durante la fase final de la dictadura⁴, las de los MIR incluyeron también la demanda política de transformaciones fundamentales en la organización de los servicios públicos correspondientes, y la extensión de la cobertura de éstos a toda la población, para acercarse al modelo de los países democráticos.

Los especialistas formados por esta vía, y en particular las generaciones que participaron en las luchas que dieron lugar a la consolidación definitiva de ese sistema, se convirtieron así ante la sociedad no sólo en los mejores representantes de la medicina moderna y científica, sino también en los principales impulsores políticos de los

⁴ Se las podría comparar a la “Alternativa a la enseñanza” propugnada desde los Colegios de Doctores y Licenciados, aunque las de los MIR se desarrollaron al margen y en oposición más o menos atenuada a los Colegios de Médicos. La ausencia de una organización corporativa de los médicos que pudiera intervenir de manera efectiva y con un soporte adecuado de su representación en el “contrato social” mediante el que debe definirse la participación de los médicos en la prestación de sus servicios a la población es otra característica peculiar de la situación heredada de la dictadura, con importantes consecuencias sobre el desarrollo de los servicios sanitarios en España.

cambios necesarios en la organización de los servicios sanitarios bajo bases democráticas.

La ausencia de un conocimiento específico por parte de este colectivo de las condiciones y problemas organizativos de los servicios sanitarios en los países democráticos a los que se pretendía homologar entonces nuestro país, una cuestión muy diferente al conocimiento científico en el ámbito de cada una de las especialidades médicas, es también un dato peculiar de interés para entender algunos de los problemas que se han ido presentando en el desarrollo de nuestro sistema sanitario desde la instauración de la democracia en España.

Como área de conocimiento y ámbito de actividad administrativa o de gestión hay que resaltar que el salto cualitativo que se produjo en la formación médica especializada por la implantación del sistema MIR de formación no tuvo un desarrollo paralelo en el campo de la organización y la gestión de los servicios sanitarios. En éste, y en los cuerpos sanitarios que desarrollaban esas funciones en el momento de la transición⁵, han permanecido hasta ahora los sistemas de reclutamiento y formación que caracterizan a los cuerpos de la Administración más tradicionales. Por esa misma razón, esos cuerpos sanitarios, que, a semejanza de lo ocurrido en otras áreas de los servicios públicos y la Administración, podrían haber sido un soporte fundamental para el desarrollo de las reformas que han tenido lugar en los sectores respectivos desde la transición democrática, han sido incapaces de establecer cualquier influencia basada en el conocimiento específico sobre el desarrollo de esas reformas.

c) Una última referencia a la gestión institucional de los servicios sanitarios

Un último desarrollo preconstitucional producido en el sistema sanitario de la Seguridad Social con importantes consecuencias sobre el desarrollo posterior de nuestro sistema sanitario fué la división de la entidad que gestionaba hasta entonces la totalidad de las prestaciones del sistema de Seguridad Social, tanto las económicas como las de servicios, el denominado Instituto Nacional de Previsión, en tres entidades distintas.

⁵ En el ámbito de los profesionales de la Medicina, los dos cuerpos sanitarios existentes en aquel momento reproducían la división entre las materias sanitarias tradicionales (en términos generales la Salud Pública) y las de gestión de la prestación sanitaria de la Seguridad Social. Con dependencias distintas y paralelas a las de los ámbitos de actuación respectivos (el primero de esos cuerpos, el de Sanidad Nacional dependiente del Ministerio de la Gobernación, después Interior, y el segundo, la Escala de Médicos Inspectores del Instituto Nacional de Previsión, de este Instituto y, a través de él del Ministerio de Trabajo), el primero de ellos agrupaba en aquellos momentos a un colectivo escasamente superior a las 100 personas, mientras que el segundo estaba constituido por un colectivo de más de 800 funcionarios, que desempeñaban sus funciones tanto en los servicios centrales y periféricos del Instituto como en la dirección de los centros sanitarios de distinto nivel, tanto los llamados ambulatorios como los hospitalarios.

Esta división tuvo lugar en 1978⁶, y dio pie a la creación de tres institutos diferentes, el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) para las prestaciones económicas, el de la Salud (INSALUD) para las sanitarias, y el de Servicios Sociales (INSERSO) para las sociales. La creación de estos tres Institutos se acompañó de la de una Tesorería General de la Seguridad Social, encargada fundamentalmente de la recaudación y el reparto de fondos entre los tres Institutos citados. El Instituto Social de la Marina ha permanecido durante largo tiempo como entidad independiente encargado de todos los tipos de prestaciones para los trabajadores del régimen específico de Seguridad Social denominado “de los trabajadores del mar”.

En el período democrático más inmediato a la creación de los Institutos citados los tres permanecieron, junto con la Tesorería de la Seguridad Social, bajo la dependencia de un mismo departamento ministerial, que en el primer gobierno democrático⁷ adquirió la denominación de Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. La separación posterior por un lado de las competencias sobre Seguridad Social, trabajo y servicios sociales, esta última de manera variable en distintos períodos, junto con las ejercidas sobre la Tesorería General de la Seguridad Social en un mismo departamento ministerial, y las de sanidad por otro (el Ministerio de Sanidad, separado de la Seguridad Social y unido a la referencia al Consumo, y desde 2009 a la Política Social, existe desde 1982) ha tenido también consecuencias importantes sobre los servicios sanitarios, tanto en lo referente a la conceptualización y configuración del derecho universal a la asistencia sanitaria como a su financiación, que se analizan posteriormente. Esas consecuencias tienen su origen siquiera parcial más remoto en todo caso en esa decisión de dividir la gestión de las prestaciones y su financiación con arreglo al modelo preconstitucional citado.

El panorama breve pero selectivamente descrito que he hecho hasta aquí pretende aportar algunos datos que considero fundamentales para conocer la situación existente en el terreno sanitario en el momento de la transición española a la democracia, por constituir el primero de los puntos de partida desde el cual se desarrollaron las políticas que se analizan a continuación.

⁶ La norma que introdujo esa división fue el Real Decreto 36/1978, de 16 de noviembre, sobre la gestión institucional de la Seguridad Social, la Salud y el Empleo.

⁷ Por el Real Decreto 1558/1977 se reestructuraron diferentes órganos de la Administración del Estado. En el artículo 12.1 de esa norma se crea el Departamento en el que se incluye la referencia a la Sanidad. En ese Ministerio se agruparon los órganos administrativos que, procedentes de los otros ministerios que ya se han citado, venían desarrollando las competencias sanitarias, y las de gestión de los servicios sanitarios de la Seguridad Social.

II.2) LA SANIDAD Y LOS SERVICIOS SANITARIOS EN LA CONSTITUCIÓN DE 1978

El segundo punto de partida que hay que considerar para valorar las políticas sanitarias desarrolladas desde el Gobierno de la nación desde que se instaló la democracia en España es el conjunto de previsiones y preceptos dispositivos que contiene la CE que se refieren a esta materia. Unas y otros actúan como marco limitativo de las políticas que se pueden desarrollar en el ámbito sanitario en el estado español, a la vez que la norma suprema debería servir de base para definir con un cierto grado de claridad qué administración o, al menos, qué nivel de administración, debe desarrollar esas políticas. Este último aspecto resulta de especial interés, dado que la CE diseñó un nuevo modelo de Estado, el llamado Estado Autonómico, en el que confluyen las actuaciones de, al menos, tres niveles de administración: el propio del gobierno central, el de las Comunidades Autónomas (CCAA), entidades de nueva creación, y el de las administraciones locales.

Como en el caso anterior, no se trata de hacer aquí un repaso exhaustivo de las previsiones y disposiciones de la Constitución de 1978 respecto a las materias sanitarias. Por el contrario, igual que en el apartado anterior se resaltan aquellos aspectos que se han considerado más relevantes para el análisis posterior.

a) La consideración constitucional del derecho a la protección de la salud.

a.1) El derecho a la “protección de la salud”.

Respecto a esta cuestión, la primera observación a formular es que el artículo 43.1 de la CE reconoce “*el derecho a la protección de la salud*”, y no, como se escucha en ocasiones en algunos foros y exposiciones, un supuesto “derecho a la salud”, cuyo enunciado constituiría por sí mismo una invocación imposible y abocada al fracaso, dado que, entre otras razones, todos estamos finalmente destinados a morir tras un período vital más o menos prolongado, cuya duración obedece a causas múltiples no todas ellas posibles de atacar⁸.

⁸ La definición que me parece más ajustada a esa condición inestable de la salud como estado o situación personal me parece la que he escuchado también en algún foro, sin que pueda precisar el autor, que se refiere a la salud como “*un estado transitorio que no presagia nada bueno*”. Esa definición me parece menos teórica, sobre todo a efectos de definir las acciones para protegerla, que la que tradicionalmente se invoca de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “*estado de bienestar físico, psíquico y social*” (WHO, 1982), que no por su supuesta precisión y amplitud deja de introducir un amplio margen de valoraciones subjetivas que hacen imposible su concreción, por lo que ha sido criticada por otros

De la forma en que está recogido en la CE el derecho a la protección de la salud merece la pena resaltar en primer lugar que está concebido como un derecho.

En segundo lugar, que a lo que se reconoce el derecho es a que para su mantenimiento se lleven a cabo determinadas actuaciones positivas por los poderes públicos para hacer efectivo ese derecho, acciones que están recogidas en el apartado siguiente, el 2, del mismo artículo, a las que se hace alusión más abajo.

Por último, se deduce igualmente que la extensión de ese derecho afecta en condiciones de igualdad a cuantos ciudadanos están incluidos en el ámbito de aplicación de la CE, y como consecuencia de la condición de ciudadanía española que se deriva de la pertenencia a ese ámbito de aplicación.

Esa forma de reconocimiento del derecho suponía en la práctica un enfoque coincidente con las posiciones que reconocen la necesidad de intervención del Estado para conseguir la igualdad en el ejercicio de los derechos establecidos. Posiciones que, basadas en los planteamientos económicos de Keynes, y sustentadas en aquel momento de manera preferente por los partidos socialdemócratas, dieron lugar a la creación en los países europeos de los Estados de Bienestar, incluyendo en su ámbito la creación de servicios de salud, tras la Segunda Guerra Mundial.

Llegados a este punto parece necesario recordar también que tales planteamientos filosóficos y económicos habían comenzado a ser combatidos desde posicionamientos “liberales” (en el sentido europeo del término) en el momento en el que se promulgó la CE. Esos nuevos posicionamientos “liberales” partían de una base filosófica opuesta: la de negar la intervención del Estado en la mayor parte de los asuntos, por interferir supuestamente con la eficiencia económica de los sistemas correspondientes; y, en consecuencia con ello, la de tratar de reducir la intervención del Estado a los mínimos posibles.

Es en ese contexto, y en el de las políticas monetaristas propuestas como solución alternativa a las políticas keynesianas para la crisis económica desencadenada en el primer tercio de los años setenta del siglo pasado como consecuencia de la elevación de los precios del petróleo, en el que tuvo lugar la “creación” de una nueva

autores (Antonovsky, 1979; Callahan, 1982). Una aproximación más real desde el ámbito de la propia OMS a la consideración de los factores que influyen sobre la salud de la población, las intervenciones públicas que pueden llevarse a cabo para mejorarla y las limitaciones de esas intervenciones se puede ver en Alleyne (2000).

disciplina, la economía de la salud, que ha tenido una gran influencia en el desarrollo de las políticas sobre salud y servicios sanitarios hasta la actualidad⁹.

Como se reconocía de manera expresa en un artículo reciente publicado en una de las revistas más prestigiosas en economía de la salud (Smith R, 2008), la nueva disciplina adquirió desde su inicio un enfoque preferente dirigido al estudio de los comportamientos y demandas personales en relación con la salud, concebido como un bien individual preferente, lo que en términos de los enfoques económicos es propio de la microeconomía. Desde ese punto de vista, la intervención del Estado en el terreno sanitario, al hacerse responsable de la cobertura económica de los costes, contribuye a aumentar las demandas de atención realizadas desde el ámbito individual, lo que se conoce como “riesgo moral” (*moral hazard* en la terminología económica original), y contribuye de manera inexorable a la ineficiencia de los sistemas sanitarios correspondientes¹⁰.

Por el contrario, desde el ámbito de la economía de la salud se han venido desechando casi en su totalidad los análisis “macroeconómicos”, que hubieran permitido analizar de otra manera las consecuencias de la intervención del Estado en la financiación y cobertura de los servicios sanitarios. Y también valorar la eficacia y eficiencia de los distintos tipos de intervención posibles, mediante la comparación entre sistemas sanitarios. Este tipo de análisis ha sido hasta ahora muy poco frecuente, y se continúa llevando a cabo mediante comparación entre países concretos (Musgrove, 2000; Navarro, 2000, 2001; WHO, 2000; Murray, 2001; Brundtland, 2003; O’Neill 2007), y no mediante la comparación entre las diferentes tipologías de sistemas sanitarios que podrían establecerse atendiendo a las características de su cobertura, y de sus mecanismos de financiación y provisión (servicios nacionales de salud; sistemas de Seguridad Social; seguros privados)¹¹. Lo que impide que a la hora de definir la forma

⁹ Se reconoce habitualmente que puede considerarse el origen de esta nueva rama de la economía el artículo de un economista de la escuela liberal, Kenneth Arrow, titulado *The welfare economics of medical care* y publicado en la *American Economic Review* en 1963 (Arrow, 1963).

¹⁰ El concepto económico contrario es el de “selección adversa”, que deriva de la evidencia de que afrontar los costes crecientes de la atención sanitaria de manera individual lleva a reducir de manera preferente la demanda de atención sanitaria de los que carecen de capacidad económica para afrontar esos costes, cuyas “necesidades sanitarias” pueden a priori considerarse como más elevadas.

¹¹ Los únicos trabajos que conozco que pretenden desarrollar una comparación de los sistemas sanitarios clasificados con arreglo a esa tipología son los desarrollados por Elola (1994, 1995 y 1996), como inicio de una línea de trabajo que luego se interrumpió. Los estudios comparados que se han llevado a cabo desde aquellas fechas se han centrado en valorar las reformas que se han ido introduciendo en los sistemas sanitarios de diferentes países (Cutler, 2001; Docteur E, 2003; Esmail, 2006; Glied, 2008; Iglehart, 1999; Murray, 2003; OECD, 1992, 1994 a y b; 1995, 1996, 2004; Reinhardt UE, 2006; Saltman, 1997a) con el objetivo supuesto de mejorar su eficiencia, siguiendo una línea que, de la introducción de

de intervenir del Estado en la protección de la salud se pueda contar con evidencias científicas adecuadas para considerar las ventajas e inconvenientes (o, en términos de planificación estratégica, las fortalezas y amenazas) de cada forma posible de intervención estatal.

En el propio ámbito de la economía de la salud, y en consonancia con el origen “liberal” de esta disciplina, se ha producido también la sustitución del concepto de la protección de la salud como un derecho cuyo ejercicio en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos el Estado debe proteger por igual, a la manera que se reconoce en la CE, por el concepto de “equidad” sanitaria.

El concepto de “equidad” sin adjetivos aplicado al ámbito de los servicios públicos deriva de los escritos del filósofo americano John Rawls, cuyos trabajos, el más conocido de ellos su Teoría de la Justicia (Rawls, 1971), cabe también calificar como pertenecientes a la escuela “liberal” en el sentido europeo del término antes citado¹². Con arreglo a sus teorías, que han alcanzado una amplia influencia fuera incluso del ámbito “liberal”, la justicia, definida en términos de “equidad”, no exige por sí misma la desaparición de las desigualdades económicas y sociales, sino tan solo que

medidas de separación entre la financiación y la provisión de los servicios sanitarios (Navarro, 1995a) y de la competencia en la provisión, pretende deducir una tendencia a la “convergencia entre sistemas”.

Lo cierto es que, de una parte, las reformas llevadas a cabo en diferentes países han provocado que las tipologías definidas antes resulten de difícil aplicación en el momento actual.

Por su parte, ninguno de los análisis llevados a cabo dan respuesta adecuada a la pregunta acerca de las razones que pueden explicar que las reformas que se vienen llevando a cabo en los últimos quince años, para las que se invocan razones de eficiencia, se hayan desarrollado de manera casi exclusiva en los sistemas sanitarios (los “servicios nacionales de salud”) que funcionaban de manera más eficiente con arreglo a las comparaciones previas. En ellos se han ido introduciendo los mecanismos de competencia en la provisión propios de otros sistemas menos eficientes (los sistemas “de Seguridad Social”); e incluso en algunos de estos últimos (Holanda) se ha introducido la competencia en el aseguramiento de la cobertura sanitaria con participación de las compañías aseguradoras privadas, un mecanismo propio del único sistema sanitario, el de los Estados Unidos, que con niveles de gasto incomparablemente mayores que los de otros sistemas, no garantiza siquiera la cobertura sanitaria a toda su población. (Esta situación ha dado lugar a las propuestas de reforma llevadas a cabo por el presidente Obama, a las que se hace amplia referencia en la última parte de este trabajo; en todo caso, esas propuestas no ponen en cuestión esa forma de organización).

Esa contradicción, que apunta a la existencia de otras razones diferentes, guiadas ante todo por los intereses económicos de agentes externos a los sistemas sanitarios públicos, para determinar las reformas de éstos que se están llevando a cabo en el momento actual, la he puesto ya de manifiesto en otros trabajos previos (Rey, 2000)

¹² Las ideas originales de Rawls fueron desde el principio motivo de críticas desde distintas posiciones: Robert Nozick, colega de Rawls en Harvard, hizo la crítica desde un punto de vista “libertario” en *“Anarchy, State and Utopia”* (Nozick, 1974); unos años después, Wolff (1977) hizo lo propio desde una perspectiva marxista, y algo más tarde Michael Walzer, también profesor de Harvard enfocó sus críticas como una defensa de la filosofía política comunitaria (Walzer, 1983). Una de las críticas más influyentes de la teorías de Rawls es la realizada por Cohen (2000), que incluye entre sus razones las desigualdades que se ocultan bajo el principio de la diferencia aceptada por Rawls, la aplicación de este principio sólo al ámbito de las instituciones sociales, así como la escala que éste utiliza para valorar la igualdad. Sobre las limitaciones políticas de los planteamientos de Rawls se puede ver también Bayona (1998).

las que existan se traten de tal forma que beneficien a todos, y prioritariamente a quienes se encuentren en posición de mayor desventaja, y que estén ligadas a posiciones abiertas a todo el mundo en condiciones de igualdad (de oportunidades para acceder a ellas)¹³. Equidad no es, por tanto, equivalente a igualdad, lo que diferencia sustancialmente tal criterio del ejercicio de un derecho en condiciones de igualdad.

A partir de ese concepto teórico los trabajos desarrollados en el campo de la economía de la salud, cuya referencia teórica hay que recordar que se asienta también en el campo “liberal”, han generado numerosos debates (Pereira, 1989; Jourdain, 2000; Starfield, 2001, 2007). Pese a numerosas posiciones en sentido distinto (Mooney, 1983, 1987, 1991; Whitehead, 1992; Powell, 1995; Jan, 1996; Saltman, 1997b) la definición más influyente de la equidad en el campo de la salud y los servicios sanitarios ha resultado ser la de la equidad en términos de salud (Culyer, 1993b; Stronks, 1993; Dolan, 2001; Chang, 2002) medida mediante diferentes parámetros, cada vez más afinados (años de vida ajustados por calidad, mortalidad evitable, u otros¹⁴), y no tanto en términos de igualdad en acceso (Birch, 1993; Goddard, 2001), en utilización de recursos (Mooney, 1991), o en servicios provistos (Wagstaff, 1991a y b) sin barreras económicas al acceso en el momento del uso (O'Donnell, 1991; Benatar, 1996)¹⁵.

Por otra parte, de ese amplio panel de posiciones diversas se deduce en todo caso: 1) que la aplicación de unos u otros criterios de equidad determina una distribución diferente de los recursos sanitarios; 2) que no todas las formas de organización de los servicios sanitarios contribuyen de manera similar al logro de los objetivos de equidad establecidos en cada caso (Whitehead, 1994); 3) que la equidad de cada sistema está siempre en tensión con los objetivos de eficiencia del propio sistema siendo estos últimos en el momento actual y desde hace años en todos ellos la prioridad

¹³ La aplicación de las concepciones de Rawls al campo de la atención sanitaria y las alternativas conceptuales y prácticas en ese mismo campo se comentan en Olsen (1997).

¹⁴ Sobre los QALYs (Quality Adjusted Life Years) se pueden ver Williams (1991), Smith (1993) ó Fernández (1994). Una descripción general de los instrumentos cuantitativos de valoración de la calidad de vida se pueden ver en Testa (1994) ó Gill (1994). En Buckingham (1993) ó Loomes (1995) se hace una referencia expresa a los HYE (Healthy Years Equivalents). Una comparación entre unos y otros se puede ver en Culyer (1993a), Fryback (1993), Gafni (1993), Johanesson (1993, 1995 a y b), Mehrey (1993), ó Bleichrodt (1995). Para una aplicación de la valoración de la equidad de un sistema sanitario utilizando para ello los QALYs, que en la práctica son el instrumento más difundido, se puede ver como ejemplo Lindholm (1998).

¹⁵ Con respecto a la equidad en términos financieros, hace ya tiempo que se llegó a la conclusión (Wagstaff, 1992; van Doorslaer, 1993) de que los sistemas sanitarios financiados con impuestos resultan proporcionales o ligeramente progresivos, los de Seguridad Social regresivos y los sistemas privados aún más regresivos. Por su parte, con arreglo a esas valoraciones, los copagos o pagos privados (“out of pocket payments”) son una forma especialmente regresiva de obtener la financiación de los recursos sanitarios.

principal (Soc. Sci. Med., 1994; Vagerö, 1994; Carr-Hill, 1994; Gilson, 1998); 4) que ciertas formas de valoración y comparación de los servicios sanitarios excluyen la consideración de la equidad en el funcionamiento de los servicios sanitarios como una cuestión principal a valorar (Braveman, 2001).

Por la primera de esas razones no resulta neutral el traslado de la utilización del criterio de equidad en salud a la distribución de los recursos económicos entre las administraciones¹⁶ que, al menos en España, y con arreglo a los términos de nuestra Constitución, deberían afrontar el hacer efectivo el cumplimiento del derecho enunciado en los términos de derecho a la protección, y no de niveles de salud, antes citados.

La definición de los sistemas de financiación sanitaria sucesivamente establecidos en España, y en particular el que se estableció en 2001, todavía en vigor cuando escribo estas líneas, comienzan por fijar la financiación de unas y otras administraciones responsables de la atención sanitaria en función de las supuestas “necesidades” sanitarias de la población (mayores cuanto más alejadas de los niveles de salud establecidos como referencia), delimitadas según estimaciones establecidas de manera discrecional: los coeficientes de distribución entre CCAA elegidos en el caso español para determinar las supuestas “necesidades” de sus poblaciones respectivas se establecen en proporción a su población general (75%), el porcentaje de la misma de edad superior a la edad de 65 años (24,5%), y la insularidad (0,5%). Tales coeficientes fueron establecidos de manera arbitraria y sin que siquiera existiera demostración

¹⁶ Un método de esas características se estableció por primera vez en Inglaterra (sólo una parte del Reino Unido, que dispone de una organización sanitaria propia e independiente de la de las restantes “países” británicos, Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte, cuyo estatuto es semejante al de nuestras CCAA) para distribuir la financiación entre las “regiones” inglesas. Éstas eran áreas de menor tamaño que podrían resultar equivalentes a las comarcas españolas, que, sin embargo, tenían responsabilidades en la gestión de los servicios sanitarios cuando en 1976 se estableció ese método de financiación por un grupo de trabajo (Resource Allocation Working Party) cuyas siglas (RAWP, 1976) han dado nombre al método propuesto. Desde su primera propuesta de distribución de la financiación sanitaria para entidades del nivel indicado, el método se constituyó en ejemplo y referencia para la distribución de los presupuestos sanitarios entre entidades de un mismo nivel en otros países, de manera destacada en el nuestro, con independencia del tamaño poblacional de las entidades entre las que se tratase de distribuir la financiación. Una cuestión que fué, por el contrario, central a la hora de formular la propuesta en el caso inglés.

El método suponía a grandes rasgos distribuir los recursos entre esas entidades fundamentalmente con arreglo a sus niveles de salud medidos con determinados indicadores (la mortalidad específica por ciertas causas). Esta propuesta fué consecuencia de la demostración previa de la relación estadística demostrada entre los valores de esos indicadores de mortalidad en las regiones respectivas y la frecuentación hospitalaria por las mismas patologías en las mismas regiones. Una explicación más amplia de este método, que ha sido objeto de numerosas explicaciones en nuestro país (ver, por ejemplo Tamayo, 2001, p.134-162), no todas ellas aparentemente comprensivas de las características y condiciones fundamentales de la aplicación de su forma de distribución de la financiación, puede encontrarse en otros trabajos anteriores (Rey, 1998 a).

estadística previa alguna que pudiera resultar equivalente a la realizada en otros países (y en concreto en el Reino Unido, a la que he hecho referencia en la nota anterior), de que existiera alguna relación entre esos coeficientes y la utilización de los servicios en cada una de las CCAA, o entre esos coeficientes y los niveles de salud de las poblaciones respectivas medidos con unos u otros parámetros.

Todo ello hace que en nuestro sistema de distribución de la financiación sanitaria queden amplios márgenes susceptibles de interpretación sesgada o manipulación interesada, sin que, por el contrario, se hayan valorado sus repercusiones en la consecución de niveles equivalentes de protección de la salud entre toda la población, en contraste con lo establecido en el precepto constitucional antes citado. Lo que parece una consecuencia siquiera parcial de que en el desarrollo de ese precepto hayan tenido mayor influencia que el propio texto constitucional corrientes de pensamiento que ya estaban presentes en el ámbito sanitario, al menos en el de otros países, en el momento de redactar nuestra Constitución. Corrientes que, sin embargo, no se tuvieron en cuenta a la hora de redactar en ésta las cuestiones sanitarias, y menos para excluir las repercusiones de esos planteamientos una vez se optó por el planteamiento de la protección de la salud como derecho constitucional en los términos mencionados.

a.2) Intervención de los poderes públicos para hacer efectivo el derecho.

El apartado 2 del mismo artículo 43 de la CE concreta los mecanismos mediante los que los poderes públicos intervendrán para hacer efectivo ese derecho. En el texto de ese apartado se establece de manera literal que *“compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de la prestaciones y servicios necesarios”*.

Se trata, en consecuencia, como se ha apuntado anteriormente, de que los poderes públicos competentes para ello desarrollen acciones positivas, no sólo de carácter corrector de los problemas que para el ejercicio igual del derecho pudieran surgir si éste se dejara al libre mercado o la mera actuación individual.

Tales acciones, por otra parte, se prevén en dos ámbitos diferentes, a los que en esta caso se alude respectivamente, como tratando de distinguirlos, como *“medidas preventivas”* y *“las prestaciones y servicios necesarios”*. Parece razonable hacer la interpretación de esa distinción a la luz de la que en otros ámbitos de aplicación, y por la propia CE, se hace entre las medidas colectivas propias del campo de la salud pública (a las que, por ejemplo, en el artículo 148.1.16 de la CE, correspondiente a la delimitación

de las competencias de las CCAA, se alude como “sanidad e higiene”) y las de asistencia sanitaria (que en el artículo 149.1.17 de la CE parece situarse en el ámbito de la Seguridad Social, sin duda porque esa era la situación en el momento de la promulgación de la CE). De tal distinción parecería que puede derivarse que unas y otras acciones están previstas de manera independiente y en terrenos y hasta por autoridades diferentes. Lo que podría resultar contradictorio con las perspectivas de integración de la totalidad de servicios y actividades sanitarias que en aquella época parecían emanar de la Conferencia de Alma Ata, patrocinada por la Organización Mundial de la Salud¹⁷.

En todo caso, para la organización de la protección en el ámbito de la asistencia sanitaria, la CE parece optar claramente por la constitución de servicios de salud. Una opción que distingue este régimen de protección, incluyéndola entre las prestaciones “en especie” o “en servicios”, de las prestaciones económicas propias de otros ámbitos del Estado del Bienestar. De cualquier forma, la posibilidad de ejercer la protección mediante un sistema de bonos o ayudas económicas para acceder a la atención sanitaria ejercida de manera privada, o de manera opcional a la pública o la privada utilizando para ello el mismo sistema de bonos o ayudas que cubran la totalidad o una parte del gasto, reaparece periódicamente en el horizonte bajo el patrocinio de algunos sectores “liberales”. Opción que, en todo caso, parecería requerir la modificación de la previsión constitucional citada.

a.3) Un derecho no reclamable ante el Tribunal Constitucional.

El ejercicio de ese derecho a la protección de la salud no es, sin embargo, un derecho que se pueda reclamar directamente ante el Tribunal Constitucional en el caso de su posible violación.

Tal situación deriva del lugar que ocupa el reconocimiento de este derecho en el propio texto constitucional, y de la forma en que está recogido el ejercicio del derecho.

En efecto, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y las disposiciones que lo acompañan estableciendo la forma en que se ejerce ese derecho están contenidos, como se ha mencionado en los apartados anteriores, en el artículo 43 de la CE. Este artículo forma parte del Capítulo Tercero del Título primero del texto constitucional, capítulo referido a “los principios rectores de la política social y

¹⁷ Sobre la filosofía sanitaria que se sostuvo en la Conferencia de Alma-Ata se han publicado numerosos trabajos con motivo del trigésimo aniversario de su realización. Pueden verse al respecto: WHO, 1978; Beaglehole, 2008; Bhutta, 2008; Ekman, 2008; Granda, 2008; Italian Global Health Watch, 2008; Lawn, 2008; Lewin, 2008; Rhode 2008; Rosato, 2008; van Weel, 2008; Walley, 2008.

económica”. Queda, por tanto, al margen del establecimiento de los derechos y deberes fundamentales que se regulan en el artículo 10 del Título primero, y de la relación de derechos y libertades que se lleva a cabo en el Capítulo Segundo del mismo Título Primero del texto constitucional.

Por otra parte, en el mismo apartado 2 del artículo 43 antes citado sólo de manera parcial, y una vez fijadas las acciones positivas que los poderes públicos deberán desarrollar para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, un párrafo adicional establece que “*la ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto*” (de las acciones mencionadas).

Las características de los servicios sanitarios mediante los que se debería hacer efectivo el derecho a la protección de la salud quedaban así abiertas a lo que se estableciera mediante ley, que, sin embargo, y a falta de previsiones constitucionales expresas en ese sentido, no se fijaba que debiera tener siquiera carácter de ley orgánica. Estas características de la ley correspondiente permitirían prever la variabilidad potencial de las disposiciones organizativas al respecto, dada la simplificación de los requisitos que, no tratándose de una ley orgánica, serían necesarios para su modificación.

b) Las previsiones constitucionales sobre la organización territorial de los servicios sanitarios .

La segunda gran área en la que se deben explorar las previsiones constitucionales con respecto a los servicios sanitarios es la de su organización territorial.

La razón para ello es que la CE alumbró un nuevo modelo de organización territorial del Estado mediante el que se pretendía ante todo dar solución a los problemas de integración en el mismo de ciertos territorios en los que estaban y están presentes sentimientos y organizaciones nacionalistas profundamente enraizados en sus territorios, y cuya integración en el Estado había sido objeto de desarrollo en distinto grado durante la II República.

La solución adoptada en el ámbito de la CE para dar solución a esos problemas consistió, como es bien conocido, en la creación de unas nuevas entidades políticas, las Comunidades Autónomas, que no habían existido hasta entonces.

Del modelo autonómico de Estado, próximo pero no idéntico al federal (respecto del que la diferencia más sustancial y determinante parece ante todo el sentido del

movimiento seguido para su constitución, unificador en los estados federales, descentralizador en el autonómico; de esa diferencia fundamental se derivan otras que han sido ampliamente estudiadas¹⁸), merece la pena resaltar también algunos aspectos:

-en primer lugar, su carácter abierto. La apertura del modelo tal y como está configurado en el texto constitucional se refiere al menos a dos aspectos del mismo: la definición de las entidades autonómicas que se creaban, cuyo número y denominación se dejó a la decisión de las agrupaciones territoriales que decidieran constituirse como tales, lo que dio lugar a un proceso de decantación que duró alrededor de dos años; y la atribución de las responsabilidades que correspondería ejercer en su territorio a cada una de las CCAA una vez constituídas, un proceso que ni siquiera treinta años más tarde se ha cerrado por completo.

-en segundo lugar, la utilización del mecanismo de la cesión de competencias y servicios que venían siendo respectivamente ejercidas y prestados hasta entonces por la Administración central (que ha pasado a ser nominada como Administración General del Estado) como forma de atribuir niveles de poder político y económico a las entidades de nueva creación constituídas como Comunidades Autónomas.

-en tercer lugar, su carácter inicial pero sólo transitoriamente asimétrico, mediante el que se pretendió diferenciar a aquellas CCAA con algún precedente histórico de constitución autónoma, lo que se acompañaba de la existencia de sentimientos y organizaciones políticas más arraigadas, dotándolas de algunas ventajas iniciales en el acceso a las competencias cedidas desde la Administración central.

Sin embargo, a este respecto el modelo constitucional prevé a medio plazo la posibilidad de la igualación de competencias entre todas las CCAA¹⁹, con independencia de sus orígenes más o menos “históricos”. Este término o consideración ha generado por sí mismo diferentes problemas por parte de algunas CCAA (por ejemplo, Aragón, Castilla o León) que se consideran dotadas de orígenes más netos desde ese punto de vista que algunas de las CCAA así diferenciadas. Por su parte, estas últimas pretenden mantener algunas diferencias con las restantes CCAA una vez desaparecidas las que afectaron tan sólo a los primeros años siguientes a su constitución.

¹⁸ Ver, por ejemplo, Aja (1999 a y b, 2000, 2001), Carreras (1999), Herrero de Miñón (1999), Moreno (1997), Requejo (1999), Solé Tura (1999 a y b).

¹⁹ El apartado 2 del artículo 148 de la CE, en cuyo primer apartado se hace referencia a las competencias que podrán asumir las CCAA, se establece que “*transcurridos cinco años, y mediante la reforma de sus Estatutos, las Comunidades Autónomas podrán ampliar sucesivamente sus competencias dentro del marco establecido en el artículo 149*”.

Este problema de la simetría-asimetría de las capacidades y poderes autonómicos es en el momento actual uno de los elementos centrales de inestabilidad que ponen en cuestión la organización autonómica del Estado, para el que todavía no se ha encontrado una solución aceptable y aceptada por todos.

Estas características de la definición del modelo de estado por la CE se proyectan de manera muy directa sobre las previsiones de organización general y territorial de los servicios sanitarios que contiene la propia Constitución. Son las siguientes:

b.1) Una referencia compleja y de interpretación discutible a las competencias sanitarias.

Las referencias a las competencias de contenido sanitario en la CE se hacen de manera separada en dos artículos diferentes:

-en el artículo 148.1.21 se mencionan como competencias propias de las CCAA, que podrán ser asumidas por éstas, la “*sanidad e higiene*”. Tales términos parecen referirse, y ninguna interpretación de los mismos lo ha puesto nunca en cuestión, al conjunto de materias que caben dentro de la referencia más amplia a la Salud Pública, entendida ésta como el conjunto de actuaciones colectivas dirigidas a la protección de la salud de las poblaciones, incluida la gestión de algunos centros que las gestionan o llevan a cabo acciones en ese ámbito. Tales actuaciones, por otra parte se agrupaban tradicionalmente, como se ha indicado en un apartado anterior, bajo la responsabilidad de una Dirección General de Sanidad existente en el Ministerio de la Gobernación

Que la interpretación anterior es la correcta lo confirman los traspasos de medios y responsabilidad a todas las CCAA realizados en los años siguientes a la entrada en vigor de los preceptos constitucionales, y una vez constituídas o en proceso de constitución aquéllas (los traspasos en esta materia se iniciaron incluso en algunos casos en la fase previa a la aprobación de los Estatutos de autonomía correspondientes, a los llamados “entes preautonómicos”, constituídos precisamente para iniciar el autogobierno y llevar a cabo la elaboración de los Estatutos).

-la referencia a la asistencia sanitaria en la CE está, por el contrario, peor definida, y ha dado lugar a diferentes interpretaciones, con consecuencias importantes sobre la configuración y la financiación de los servicios sanitarios, que han provocado polémicas que continúan hasta la actualidad.

Habitualmente, y desde luego en la fase inicial de los traspasos de competencias y medios a las CCAA, desde el Estado se actuó de una manera que suponía asumir que las competencias en asistencia sanitaria estaban incluídas en la definición como competencia exclusiva del Estado realizada por el artículo 149.1.17 de la CE de la *“legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas”*.

Esta disposición se complementa con lo previsto en el artículo 151.1 de la propia CE²⁰, cuya aplicación dio lugar a que las CCAA con las raíces “históricas” a las que se ha hecho referencia anteriormente pudieran asumir, sin necesidad de modificar sus Estatutos y sin que fuera necesario para ello dejar pasar ningún plazo, las competencias de gestión de ciertos servicios, entre ellos los de asistencia sanitaria incluídos por la vía citada en el texto constitucional.

A esta vía no se acogieron todas las CCAA de las características citadas de manera inmediata. Tras Cataluña, que, como se explica más adelante, en aplicación de esas normas recibió el traspaso del INSALUD en 1991, se unió en 1994 Andalucía, que aunque no había cumplido todos los requisitos previstos en el artículo 151.1 para constituirse como CA por la vía indicada²¹, fue finalmente aceptada como tal tras un importante conflicto político de su Presidente y su Gobierno con el central. El País Vasco y Navarra recibieron el traspaso de la gestión del INSALUD años más tarde (el calendario de traspasos se explica más abajo en el cuadro 1 siguiente), pero sin necesidad de modificar sus Estatutos.

La modulación de los traspasos en materia de asistencia sanitaria mediante la cesión de la gestión del INSALUD a las CCAA citadas es la mejor expresión de que la interpretación del texto constitucional en lo referente a dicha materia no ofrecía dudas en aquel momento. De hecho, la culminación de los traspasos de la gestión del INSALUD a las CCAA que, como se explica más adelante, culminó en enero de 2002, requirió por parte de todas las CCAA que no accedieron a la autonomía por la vía abreviada del artículo 151.1 de la CE citado la modificación previa de sus Estatutos de autonomía correspondientes, de manera que quedara inscrito en ellos de manera expresa

²⁰ El contenido literal de este artículo es el siguiente: *“No será preciso dejar transcurrir el plazo de cinco años, a que se refiere el apartado 2 del artículo 148 cuando la iniciativa del proceso autonómico sea acordada dentro del plazo del artículo 143.2, además de por las Diputaciones o los órganos insulares correspondientes, por las tres cuartas partes de los municipios de cada una de las provincias afectadas que representen, al menos, la mayoría del censo electoral de cada una de ellas y dicha iniciativa sea ratificada mediante referéndum por el voto afirmativo de la mayoría absoluta de los electores de cada provincia en los términos que establezca una ley orgánica”*.

²¹ En una de las provincias, Almería, no se alcanzó la mayoría absoluta en el referéndum correspondiente.

la capacidad de asumir la gestión de los servicios de asistencia sanitaria y de otros servicios de la Seguridad Social prevista en dicho artículo.

Sin embargo, completados esos traspasos a la totalidad de las CCAA, y como continuación de una polémica que había comenzado poco antes²², muchos expertos (Tornos, 2001; Vaquer, 2001; Beltrán, 2002) comenzaron a decantarse por considerar que, producido el traspaso de los medios, la competencia, que lo era según el criterio anterior de “gestión de los servicios de la Seguridad Social”, y como tal competencia exclusiva del Estado (entendido como su Administración central), había pasado a convertirse, sin ninguna decisión ejecutiva ni criterio al respecto por parte del Tribunal Constitucional, en una competencia susceptible de incluirse en “sanidad”.

Sobre las razones y las consecuencias de esa consideración posterior se hacen diferentes observaciones. En todo caso, lo que interesa destacar aquí es que esa consideración de las competencias en asistencia sanitaria fue en los momentos iniciales contraria a la que se ha mantenido posteriormente y predomina ahora; y que tal consideración inicial suponía asumir la inclusión de los servicios comprendidos en el ejercicio de esa competencia en el ámbito de la Seguridad Social., con todas sus consecuencias.

Tales consecuencias se refieren al menos a tres ámbitos diferentes:

- en primer lugar, las características de la posible cesión de su responsabilidad a las CCAA competentes para ello en calidad de “cesión de su gestión”, como indica el artículo 149.1.17 de la CE antes citado. Esas condiciones son muy distintas a las que rigen para los traspasos en aquellas materias en las que las CCAA ejercen las competencias como propias en virtud de lo establecido en el artículo 148 de la propia Constitución, e incluyen (aunque sea más desde un punto de vista teórico que práctico) la posibilidad de que el Estado recupere lo cedido, puesto que lo ha hecho por propia voluntad, y no porque constitucionalmente esté obligado a su cesión.

- en segundo lugar, las medidas para mantener la coordinación de los servicios traspasados. Mientras que en el caso de la mera cesión de la gestión la Administración General del Estado mantendría la capacidad de imponer medidas para mantener la coordinación en el ámbito de los servicios correspondientes con arreglo a sus propios criterios, incluyendo la posibilidad de utilizar medidas

²² Se puede ver a este respecto el debate sobre “La consideración constitucional de los servicios sanitarios” en Confederación Sindical de Comisiones Obreras (2001), p. 19-61.

en el terreno de la financiación de los servicios como instrumento al servicio de la coordinación, tales posibilidades están vedadas en el caso de las competencias traspasadas como propias a las CCAA. En ese ámbito éstas ejercen sus competencias como “exclusivas”, sin posibilidad de que se las pueda obligar por la AGE a adoptar medidas o decisiones en la organización o gestión de sus servicios, ámbitos en los que les asiste la competencia para su autoorganización. -por último, la financiación de los servicios cuya gestión se cede o se traspasa es por completo diferente en ambos casos: mientras que en el primero, entendido como mera cesión de la gestión, es al menos teóricamente posible la aplicación de criterios propios por parte de la AGE que condicionen la distribución de la financiación entre las diferentes CCAA y su utilización, en el segundo, una vez establecido el sistema de financiación²³, la distribución de las cantidades destinadas a cada CA debe depender de unos criterios “objetivos” establecidos en la ley, y aquéllas tienen facultades para repartirlos entre sus áreas de competencia con arreglo a sus propios criterios, sin interferencia de la AGE²⁴.

Por otra parte, y desde el punto de vista más práctico, en el momento en que se elaboró la CE y comenzaron a hacerse efectivos los traspasos a las CCAA en materia de asistencia sanitaria (de la SS), los fondos destinados a la financiación de ésta formaban parte de un sistema de financiación diferente al de las competencias “comunes”. Para éstas se estableció un sistema de financiación propio y diferente al de las prestaciones y servicios dentro del régimen de la Seguridad Social, basado en la cesión parcial o total de distintos impuestos y las transferencias desde la AGE, que ha ido variando a lo largo del tiempo²⁵. Por su parte, las prestaciones y servicios de la Seguridad Social se financiaban a través

²³ El desarrollo del sistema “común” de financiación precisa, conforme a lo dispuesto en el artículo 157.3 de la CE, de ley “orgánica” y se ha tratado siempre que resulte de igual aplicación a todas las CCAA, con excepción de Navarra y el País Vasco, que disponen de un sistema de financiación “foral” (o derivado de sus antiguos fueros) específico cuya aplicación les ha resultado más favorable en términos de financiación capitativa.

²⁴ Las posibilidades de una distribución discrecional por parte de la AGE de siquiera una parte de los fondos correspondientes a competencias “comunes” de las CCAA para poder así contribuir al desarrollo de actuaciones o programas que le pudieran resultar preferentes o necesarios para lograr algunas clase de igualdad entre todos los territorios autonómicos en algún aspecto quedó aún más restringida como consecuencia de una sentencia del Tribunal Constitucional de 6 de febrero de 1992. Conforme a lo establecido en la misma, incluso la distribución de “subvenciones” con destino a fines concretos, siempre que éstos pudieran incluirse en las competencias autonómicas, debería hacerse con arreglo a los criterios de distribución establecidos en la ley financiera, sin posibilidad de establecer por parte de la AGE cualquier otra clase de criterios correctores.

²⁵ Las modificaciones sucesivas del sistema de financiación autonómica, que a partir de 2002 incluye también la sanitaria, se explican en cada uno de los períodos posteriores correspondientes.

de su Tesorería, a la que se ha hecho referencia antes, mediante un sistema basado en las cotizaciones sociales que gravan los puestos de trabajo.

Es obvio que en la interpretación y aplicación más inmediata del texto constitucional se optó por esa consideración separada de la asistencia sanitaria respecto de la “sanidad”. Que las razones para esa opción fueron de carácter económico resulta también poco discutible: a la cuantía económica de los fondos que se inscribían en el ámbito de la Seguridad Social (una cantidad casi equivalente a la de los Presupuestos Generales del Estado en aquel momento que, en consecuencia, era por sí misma poco susceptible de transferencia si no se quería incurrir en una descentralización excesiva del Estado desde el punto de vista económico, y en la que la parte sanitaria era y es casi equivalente al gasto en pensiones) se unía la realidad del hecho de la inclusión de la financiación de la asistencia sanitaria en un sistema de financiación paralelo e independiente de las restantes competencias sanitarias.

Pero a esos dos aspectos básicos hay que añadir también que desde la promulgación del texto constitucional nunca se han invocado en el debate por parte de quienes han adoptado las decisiones sobre su inclusión en uno u otro ámbito ninguna de las consecuencias no financieras (las relativas a la coordinación de los servicios o el mantenimiento como un derecho de unos mismos niveles de atención en un servicio de protección universal, así como el papel a desarrollar en esas funciones por parte de la AGE) de una u otra consideración de la asistencia como competencia sanitaria o de Seguridad Social a las que he aludido más arriba. Prueba bastante poco equívoca de que esa consideración ha tenido siempre, porque fue así desde el inicio, razones financieras y de interés económico de los servicios sanitarios preferentes, que se han puesto de manifiesto a lo largo del tiempo, en especial a medida que se ha ido produciendo la modificación del sistema de financiación sanitaria hasta llegar a la situación actual.

b.2) Una delimitación de las competencias sanitarias, en especial de las de la AGE, hecha en términos poco precisos y susceptibles de interpretaciones diversas desde el punto de vista legal.

De entre las competencias sanitarias del Estado (entendido como AGE) definidas en el artículo 149.1.16 de la CE²⁶, la de contenido más impreciso es la

²⁶ Ese precepto establece como competencias “*exclusivas*” del Estado las siguientes: “*Sanidad exterior. Bases y coordinación general de la sanidad.. Legislación sobre productos farmacéuticos*”. Una

relativa a la “*coordinación*”²⁷. El sentido del término y la forma de llevarla a cabo, aspectos en los que cabían diferencias tan sustanciales como aquéllas a las que se ha hecho alusión en el apartado anterior, con consecuencias tan ampliamente dispares para la constitución de unos servicios sanitarios universales como expresión del ejercicio del derecho a la protección de la salud como las que se han descrito, quedaban así abiertos a interpretaciones posteriores.

Esas interpretaciones, realizadas por el Tribunal Constitucional en diferentes sentencias, han sido el resultado de los recursos de inconstitucionalidad planteados por distintas CCAA a normas previas sobre esta materia. alguna de esas normas, en concreto un Real Decreto de 1981 fue, como se describe en un apartado siguiente, bastante inmediata a la promulgación del texto constitucional. Dos sentencias de 1983, relativas a dos recursos presentados por los gobiernos catalán y vasco contra el texto del Real Decreto citado, que aplicaba de manera limitada el concepto a la coordinación hospitalaria, dió lugar a una aplicación muy restrictiva del concepto de coordinación en las materias sanitarias, que se trasladó de manera literal a la Ley General de Sanidad de 1986.

Por otra parte, como se ha destacado en otros trabajos (Rey, 2007) la aplicación del concepto se ha venido haciendo de manera permanente y hasta la actualidad de manera muy poco “funcional” y más, por el contrario, como valoración legal de los límites de las competencias tanto estatales como autonómicas. Lo que ha conducido a una situación en la que se reconoce casi de manera unánime la ausencia de mecanismos efectivos que garanticen un funcionamiento integrado y cooperativo de los servicios sanitarios autonómicos que sustente la protección sanitaria universal vinculada a la ciudadanía estatal (Martín, 2007).

A su vez, la deriva interpretativa que ha conducido a integrar la consideración de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en el ámbito de la “sanidad”, a la que se acaba de aludir más arriba, ha llevado también a que los mecanismos y formas de coordinación aplicables en el ámbito de la asistencia sanitaria sean los mismos que los previstos para una materia, la “sanidad”, designada constitucionalmente como competencia propia de las CCAA y de características organizativas y funcionales distintas. Esos mecanismos, y sus limitaciones legales, resultan claramente insuficientes

explicación más amplia de las competencias sanitarias, entre otras del concepto de “bases” puede encontrarse en Rey (1998b)

²⁷ Sobre el concepto de “coordinación” en el sistema sanitario español pueden consultarse los trabajos de Rey (2001a, 2003a y 2007)

en un ámbito en el que la coordinación, entendida desde un punto de vista funcional, requiere de instrumentos más ágiles e inmediatos y, en algún caso, incluso la existencia de alguna clase de autoridad que resuelva sin dilación y con capacidad de imponer aquélla los criterios distintos que puedan surgir por parte de quienes, las CCAA, llevan a cabo la gestión efectiva de los servicios sanitarios.

b.3) La ausencia de un modelo de protección sanitaria preciso y de la definición de la responsabilidad sanitaria en el texto constitucional.

Los resultados globales de las características de las previsiones constitucionales respecto a las materias sanitarias a las que se ha hecho referencia en los apartados anteriores son al menos dobles:

- de una parte, un modelo sanitario impreciso, más allá de su constitución preferente como “servicio nacional de salud”, que, sin embargo, comenzaba por tener un sistema de financiación preferentemente vinculado, a través de las cotizaciones sociales y, por tanto, a la población trabajadora, a los sistemas caracterizados como “de seguridad social”. Otros aspectos del mismo, como la participación en él de dos grupos de CCAA diferenciados inicialmente y respecto de las cuales no se establecían plazos para su igualación competencial, contribuían también a la indefinición del modelo. Lo mismo que la falta de concreción del papel a desarrollar por la AGE en el propio sistema sanitario.

- de otro lado, una definición igualmente imprecisa acerca del papel a desarrollar por las distintas administraciones para ejercer la responsabilidad sobre la cobertura y el ejercicio del derecho a la protección sanitaria, derecho aparentemente vinculado en todo caso a la condición de ciudadanía española y, en consecuencia, de carácter universal y ejercitable en cualquier territorio del Estado en condiciones de igualdad.

En el desarrollo posterior del ejercicio de esa responsabilidad se puede adelantar ya que la AGE no ha hecho especial hincapié en su papel en el mantenimiento de las condiciones universales e igualitarias de la protección sanitaria. Por el contrario, una visión general, que se pormenorizará en los apartados siguientes, permite observar que, en sentido opuesto al que se puede derivar de manera preferente a partir de los textos constitucionales, la AGE ha facilitado el deslizamiento hacia la dilución de esa responsabilidad dentro de su propio ámbito y también hacia otras administraciones, como las autonómicas.

Un buen reflejo de esa derivación, resultado al menos parcial de la imprecisión constitucional al respecto, es la configuración en los nuevos Estatutos de autonomía que se han ido desarrollando a lo largo de los últimos años, comenzando por el de Cataluña, de “nuevos” derechos sanitarios para los ciudadanos de cada una de las CCAA que así los establecen.

Sobre el carácter de esos derechos hay que tener en cuenta los términos de la sentencia del Tribunal Constitucional de 12 de Diciembre de 2007, que resolvió un recurso planteado por el Gobierno aragonés contra un artículo del nuevo Estatuto valenciano que asegura el “*derecho al agua*” de los ciudadanos de esta Comunidad (Solozabal, 2007; Pradera, 2008; Muñoz Machado, 2008). Tales “nuevos” derechos establecidos en los nuevos Estatutos, conforme a los pronunciamientos del Tribunal Constitucional en la sentencia indicada, no son homologables a los establecidos en el Capítulo Segundo del Título I de la propia Constitución, que vinculan a todos los poderes públicos y cuyo contenido esencial debe ser regulado mediante ley. Pero, según la sentencia, guardarían, sin embargo, un paralelismo con los “principios rectores de la política social y económica” a los que se refiere el Capítulo Tercero del mismo Título I del texto constitucional, precisamente aquel en el que, como se ha indicado antes, está incluido el artículo 43, en el que se reconoce el derecho a la protección de la salud., ó el 41, en el que se establece que “*los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos...*”. La clave para interpretar si la regulación correspondiente para hacer efectivo el derecho declarado debe ser efectuada por la autoridad estatal o autonómica es la distribución constitucional de competencias; pero ésta, a su vez, como se ha indicado antes, está hecha de manera confusa en lo que respecta a las materias sanitarias, en especial en lo relativo a la asistencia.

Deducir de esos pronunciamientos que se podría estar produciendo una “desconstitucionalización” de ese derecho y, en consecuencia, una ruptura del carácter universal del mismo, que pasaría a atenerse a lo especificado para los ciudadanos de cada CA en el ámbito de ésta, parece excesivo a falta de un debate especializado más amplio.

En todo caso, por el contrario, parece necesario resaltar aquí que de la imprecisión que se observa en el texto constitucional en lo que respecta a las materias sanitarias, que podría ser el resultado del desconocimiento o la falta de prioridad de estas cuestiones para quienes elaboraron y aprobaron el texto constitucional, se ha derivado la posibilidad de que treinta años más tarde se pueda cuestionar la forma y la

intensidad con la que se ha reconocido y se sigue reconociendo de manera efectiva el derecho universal a la protección sanitaria.

II.3.- EL PERÍODO POSTCONSTITUCIONAL MÁS INMEDIATO: LOS GOBIERNOS DE LA UCD ENTRE 1979 Y 1982.

Desde el punto de vista sanitario más estricto, en este período, de actividad política convulsa, incluyendo en el mismo el último intento de un golpe de estado que ha tenido lugar en España, se pueden destacar a grandes rasgos tres focos de actividad principal:

a)Un intento de alcanzar ciertas líneas comunes para el desarrollo de una “reforma sanitaria” considerada necesaria, que, sin embargo, no llegó a alcanzar una traducción legal.

El partido entonces en el Gobierno, que carecía de mayoría suficiente para gobernar en solitario, desarrolló durante los años 1979 y 1980 una propuesta de “líneas generales de la reforma sanitaria”, que, tras su discusión en el Parlamento, se tradujo en un documento aprobado por el Congreso en mayo de 1980 (Mº de Sanidad y Seguridad Social, 1980) en el que se definían a grandes rasgos las medidas que se debían adoptar en diferentes campos *“para conseguir un sistema que garantice a todos los ciudadanos españoles, cualquiera que sea su situación o condición, el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución”*, según se establecía en el inicio de su primer apartado (Objetivos).

El resto de los apartados del documento se referían a las siguientes cuestiones: - Titulares del derecho a la salud; - Principios de actuación; - Gestión sanitaria; - Competencias; - Participación de la comunidad; - Financiación; - Planificación; - Acciones sanitarias preventivas sobre el individuo y comunidad; - Higiene, medicina y seguridad en el trabajo; - Higiene y medicina escolar; - Higiene y medicina escolar; - Niveles de la asistencia; - Medicina de familia; - Centros de salud; - Asistencia sanitaria de urgencia; - Asistencia psiquiátrica; - sanidad farmacéutica; - Veterinaria de salud pública; - Profesiones sanitarias, docencia e investigación; - Progresividad y evaluación.

La relación citada, contenida en un documento reducido de 16 páginas, constituye, como puede observarse, un catálogo prácticamente omnicomprendivo de cuantas materias sanitarias pudieran plantearse como objeto de una ley. Por otra parte, la relación incluye cuestiones de importancia y nivel muy diferente, las cuales, además, se desarrollaron de manera muy desigual en cuanto a su extensión, siempre dentro de una limitación general, y a su grado de precisión.

En el documento, en cuya redacción se aceptaron diferentes enmiendas de varios grupos de los que entonces constituían la oposición, aparece la alusión a términos y

enfoques luego desarrollados en la Ley General de Sanidad, de 1986, o convertidos en materia de debates posteriores que todavía se mantienen: así, por ejemplo, la referencia a los “*Planes de salud*”; la “*libre elección de facultativo por el enfermo*”; el “*estudio de sistemas de coparticipación económica de individuos o de entidades...*” ; la “*potenciación de los aspectos preventivos a todos los niveles integrándolos con la diferentes fórmulas de asistencia médica tradicionales...*”; la creación de “*Centros de salud*”, cuya concepción, sin embargo, parece distar de los luego constituidos con ese nombre, pues respecto de los mismos se dice que “*representan el segundo nivel de la asistencia sanitaria* (el primero sería la Medicina de familia practicada por los médicos generales, convertida en especialidad médica por la propia UCD) *y constituyen la pieza clave de la nueva ordenación asistencial, ya que en ellos confluyen la atención médica especializada* (con “*incorporación progresiva de los especialistas de los hospitales y de los actuales especialistas de Ambulatorio que lo deseen*”, según se indica en el último de los apartados del documento) *y los servicios propios de la Medicina preventiva individual o comunitaria*”; o las “*fórmulas variables de autonomía en la gestión hospitalaria*”.

La diferencia más sustantiva entre tales planteamientos, hechos desde un gobierno de centro-derecha como el representado por la UCD, y otros planteamientos posteriores, parece sobre todo que el documento citado carecía de fuerza legal alguna para la puesta en práctica de las medidas previstas, que, en tanto se tradujeran en decisiones efectivas o normas, constituían sólo recomendaciones o criterios generales en la mayoría de los casos. Tal situación puede valorarse ahora que fué probablemente la consecuencia de la situación política general del momento, en el que la estabilidad del propio Gobierno y del sistema democrático en su conjunto estaba seriamente puesta en cuestión, de manera que no permitía un desarrollo más preciso de medidas sectoriales específicas. Pero también puede considerarse que la ausencia de medidas más concretas en este campo fue también la mejor expresión de que el sector sanitario no constituyó un ámbito de actuación prioritaria en el desarrollo más inmediato de la Constitución, y en todo caso de que la constitución de un servicio público de salud universal no se interpretó entonces como un desarrollo inmediato necesariamente vinculado a la constitución democrática del Estado español.

b) Un intento limitado de establecer reglas de coordinación entre el Estado y las CCAA , especialmente en materia hospitalaria, cuyas consecuencias excedieron las intenciones iniciales.

La primera disposición postconstitucional sobre coordinación en las materias sanitarias es un Real Decreto, el 2824/1981, sobre coordinación y planificación sanitaria, promulgado en un momento en el que ninguna de las CCAA había recibido todavía el traspaso de la asistencia sanitaria (en aquel momento “de la Seguridad Social”).

La norma pretendía establecer ciertas reglas en especial en el ámbito de la planificación, y sobre todo en la hospitalaria (un terreno en el que, como se ha explicado anteriormente, se había producido un desarrollo predemocrático asimétrico e incompleto), tratando de adaptar la constitución y el funcionamiento de órganos preexistentes (como una denominada Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, cuyo informe era preciso para autorizar la construcción de nuevos centros hospitalarios fuera cual fuera su dependencia) al nuevo esquema competencial establecido en la Constitución.

Poco después de promulgada esa norma, y como puede comprobarse en el cuadro 1 que acompaña a la explicación del apartado anterior, tuvo lugar el traspaso de las competencias y servicios de asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) a la Generalidad de Cataluña. Sea por la proximidad del traspaso, o porque la actitud de dicha Administración ha sido siempre y en cualquier materia la de asumir como propia cualquier competencia que le sea traspasada, no reconociendo u obviando las diferencias existentes entre unas y otras conforme a la distribución competencial efectuada por la CE, menos aún en su ejercicio concreto, la Administración catalana presentó de manera inmediata un recurso de inconstitucionalidad contra el Real Decreto citado. Pese a no haber asumido las competencias mencionadas, el Gobierno vasco presentó ante el Tribunal Constitucional un recurso en el mismo sentido.

Los dos recursos tuvieron una tramitación paralela, tras lo que fueron resueltos en fecha próxima en 1983 (primero, en el mes de Abril, el del Gobierno vasco, y unos días después, ya en el mes de mayo, el de la Generalidad catalana). Por otra parte, durante el tiempo de su tramitación, que incluyó la convocatoria y realización las elecciones generales que dieron el gobierno de la nación al Partido Socialista, la actividad de los órganos de coordinación previstos quedó suspendida, a petición de los propios recurrentes. Con ello el desarrollo del sistema sanitario quedó durante varios

años (al menos hasta la Ley General de Sanidad, de 1986, a la que se hace referencia más adelante) al albur de iniciativas unilaterales, fueran del gobierno central o de los autonómicos que iban adquiriendo competencias en las materias sanitarias, carentes de la perspectiva global de la búsqueda de formas que garantizaran la protección sanitaria universal en el contexto de un sistema de gestión descentralizada, cuyos perfiles definitivos carecían también de una definición precisa adecuada.

En cuanto a las sentencias del Tribunal Constitucional 32/1983 y 42/1983, relativas a los recursos catalán y vasco citados, sus contenidos se pueden resumir de la manera siguiente (Rey, 2001a):

- ambas sentencias declararon el ajuste constitucional de la mayoría de los preceptos en los que la norma preveía el desarrollo de actividades o la constitución de órganos de coordinación, e incluso la forma en la que estaban recogidos en el Decreto.

- sin embargo, las dos sentencias declararon también la insuficiencia de rango de la norma para establecer la delimitación de las actuaciones que la AGE podía llevar a cabo en aplicación de su competencia en materia de “coordinación sanitaria”, establecida en el artículo 149.1.16 de la CE. Para establecer esa delimitación, con arreglo a los términos de las sentencias, sería preciso una norma estatal con rango de ley.

Los contenidos, definiciones y forma en qué se aplicaron los términos de las sentencias citadas, reproduciendo de manera exacta muchos de ellos, lo que tuvo lugar en la Ley General de Sanidad, de 1986, constituyen el objeto de una explicación posterior. En esa explicación se justifica la afirmación del encabezamiento de este apartado indicando que “las consecuencias (de este Real Decreto) excedieron sus intenciones iniciales”, previstas sólo para un desarrollo inmediato y urgente de algunas medidas de coordinación en el ámbito sanitario en el período más próximo a la promulgación de la CE, y no, como ocurrió luego, para establecer el modelo de coordinación a aplicar al diseño del nuevo sistema sanitario descentralizado español.

c)Un inicio precoz y rápido de los traspasos en las materias sanitarias estrictas (“sanidad e higiene”) a la totalidad de las CCAA.

El calendario global de los traspasos en las materias sanitarias a las CCAA queda reflejado en el cuadro 1.

En él se han separado las competencias traspasadas bajo los títulos de “sanidad e higiene” en dos columnas:

Cuadro 1. Transferencias a las CCAA en materias sanitarias por años y CA (cuadro 1.1) y por materias y períodos quinquenales (cuadro 1.2)

CUADRO 1.1
TRANSFERENCIAS A CC.AA EN MATERIA DE SANIDAD

	<u>79-80</u>			<u>81-85</u>			<u>86-90</u>			<u>91-95</u>			<u>96-2002</u>		
	<u>SAN.</u>	<u>AIN.</u>	<u>INSAL.</u>	<u>SAN.</u>	<u>AIN.</u>	<u>INSAL.</u>	<u>SAN.</u>	<u>AIN.</u>	<u>INSAL.</u>	<u>SAN.</u>	<u>AIN.</u>	<u>INSAL.</u>	<u>SAN.</u>	<u>AIN.</u>	<u>INSAL.</u>
ANDALUCÍA				1981	1985	1984									
ARAGÓN				1982	1982										2002
ASTURIAS	1979				1982										2002
BALEARES	1980				1982										2002
CANARIAS	1979							1986				1994			
CANTABRIA				1982				1986							
CASTILLA-LAMANCHA				1982	1982										2002
CASTILLA-LEÓN				1981	1985										2002
CATALUÑA	1979	1980				1981									2002
C.VALENCIANA	1980				1982				1987						
EXTREMADURA	1979				1982										2002
GALICIA	1980				1985							1991			
MADRID				1984	1985										2002
MURCIA	1980				1982										2002
NAVARRA				1985				1986				1991			
PAÍS VASCO	1979	1980							1987						
RIOJA				1984				1986							2002

CUADRO 1.2
TRANSFERENCIAS A CC.AA. EN MATERIA DE SANIDAD

	<u>1979-1980</u>	<u>1981-1985</u>	<u>1986-1990</u>	<u>1991-1995</u>	<u>1996-2002</u>
SANIDAD	9	8	---	---	---
AINSA	2	11	4	---	---
INSALUD	---	2	2	3	10

-la primera de ellas (“sanidad”) corresponde a las competencias de Salud Pública en sí mismas. Cabe señalar que entre ellas se incluyó de manera sistemática y sin que fuera discutido por nadie la competencia en materia de “planificación” de los recursos sanitarios en el territorio propio, así como los medios materiales y personales (o los medios económicos para contratar o designar al personal correspondiente) supuestamente necesarios para llevar a cabo tales funciones. Esa situación, compatible con un traspaso no realizado a la mayoría de las CCAA en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, cuya red constituía la base fundamental de la asistencia sanitaria en la mayoría de las CCAA en aquel momento, dio pie a lo largo de los años siguientes a toda clase de situaciones de tensión entre las autoridades autonómicas y el INSALUD. Las primeras, en el caso de contar con dotaciones de recursos inferiores a los promedios, demandaban sistemáticamente (en el ejercicio de las competencias de “planificación” que habían asumido entre las de “sanidad e higiene”) la construcción de nuevos centros en sus áreas peor dotadas, haciendo responsable de su construcción al Instituto sanitario mencionado, todavía responsable de la gestión y la política de

inversiones en asistencia sanitaria en la casi totalidad de los territorios autonómicos, en cuya dotación se producían las asimetrías que ya se han comentado.

Por otra parte, los servicios traspasados bajo este concepto incluían también los de los sanitarios locales (cuerpos de médicos, farmacéuticos y practicantes de Asistencia Pública Domiciliaria, APD) en sus funciones de salud pública al servicio de las Corporaciones locales, que, sin embargo, llevaban a cabo bajo la dependencia de la Dirección General de Sanidad, la cual era además la responsable de convocar las oposiciones de acceso (se trataba de funcionarios) correspondientes. El problema añadido con este traspaso es que a los funcionarios de los cuerpos mencionados que además de desempeñar tales funciones tenían titulaciones asistenciales (los médicos y los “practicantes”, una variante peculiar de la enfermería) se les adscribía también, sin necesidad de ningún mecanismo de acceso adicional, el desempeño de la asistencia sanitaria de los “cupos” de población cubierta por la Seguridad Social de las localidades respectivas, por cuyo desempeño percibían la retribución correspondiente a dichos cupos. A su vez, los farmacéuticos de esos cuerpos debían también abrir oficina de farmacia en las localidades correspondientes. En esa situación, la gestión de las actividades asistenciales seguía siendo de la Seguridad Social y, por tanto, no se realizaba su traspaso a las CCAA. Lo que daba lugar a una doble dependencia, tanto funcional como retributiva, de esos grupos de funcionarios, en parte traspasados a cada una de ellas y en otra parte mantenidos bajo el mandato del Instituto Nacional de la Salud en las funciones que constituían su ámbito principal de actividad y retribución.

Las relaciones bilaterales para dar vías de acuerdo y solución a los problemas mencionados (no siempre pacíficos, y en todo caso útiles para la confrontación interpartidaria si la responsabilidad de las administraciones central y autonómica recaía en partidos distintos) sólo se institucionalizaron a partir de la Ley General de Sanidad, en 1986.

-la segunda columna “sanitaria” corresponde al traspaso a cada CA de los centros de una red constituída bajo el nombre de Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNa), que en los primeros pasos de la democracia pasó a agrupar centros de diferente carácter, incluidos algunos hospitales “monográficos” (de enfermedades infecciosas, antituberculosos, psiquiátricos, leproserías...), centros no hospitalarios y “dispensarios”, en los que se llevaban a cabo “luchas sanitarias” contra las enfermedades descritas, cuya atención quedaba fuera de la actividad asistencial más general.

Aunque esos centros disponían de personal, medios materiales y financiación específica y propia, en algunos casos, sobre todo los hospitales de mayor tamaño, complementaban su financiación, e incluso garantizaban la recepción de pacientes, con el establecimiento de conciertos al efecto con el INSALUD. Por esa razón, en algunos casos los hospitales de mayor tamaño no se incluyeron en los traspasos iniciales realizados bajo este título a las CCAA en las que se encontraban situados. Pero salvo esos casos, los restantes centros, su personal y su financiación específica fueron traspasados a cada una de las CCAA correspondientes según su ubicación y el calendario señalado.

Respecto de ese calendario, merece la pena resaltar también que de entre los traspasos incluidos en este grupo, tanto los considerados bajo el título sanidad como los referidos a los centros y servicios de la AISNa, los realizados durante los años 1979 y 1980 lo fueron a los denominados “entes preautonómicos”, es decir, las entidades constituídas en las CCAA para promover el autogobierno antes incluso de que estuvieran aprobados los Estatutos de autonomía correspondientes. Los primeros de éstos, el vasco y el catalán, lo fueron el 18 de Diciembre de 1980, por lo que los traspasos realizados a esas dos CCAA en estas materias lo fueron a los “entes” previamente existentes a su constitución como tales. Para las restantes CCAA la aprobación de sus Estatutos correspondientes fue posterior, por lo que situaciones como la descrita se repitieron al menos de manera parcial en cuanto a estos traspasos en todas ellas.

En todo caso lo importante de todo ello es resaltar algunos aspectos de estos traspasos:

-en primer lugar, la facilidad con la que se cedió el ejercicio de la responsabilidades y competencias en estas materias, para lo que no se establecieron siquiera previsiones algunas para garantizar ciertos mínimos de coordinación una vez hechos los traspasos. Cabe recordar a este respecto que los ámbitos de actuación propios de la Salud Pública, como se ha recordado muchas veces, no se atienen a los límites territoriales de naturaleza política. Por el contrario, las medidas adoptadas en este campo (desde las vacunaciones a la medidas dirigidas al control sanitario de alimentos o aguas, u otros muchos ejemplos) pueden con frecuencia producir efectos (denominados “externalidades” en el ámbito de la economía de la salud) sobre grupos humanos a los

que no van primariamente dirigidos, por no estar bajo las responsabilidad de quienes adoptan las medidas correspondientes.

Pese a ello, hay que constatar también que cuando se han producido procesos de “devolución”²⁸ semejantes al de descentralización a las CCAA que ha tenido lugar en España, la cesión de responsabilidades y medios sanitarios a las entidades descentralizadas creadas ha afectado siempre de manera prioritaria a este tipo de políticas y recursos sanitarios. Así se puede constatar que ha ocurrido en el Reino Unido en fechas recientes (finales de los años 90), donde se ha producido un proceso de “devolución” a Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte²⁹.

La razón para adoptar ese tipo de prioridades y decisiones no parece ser otra que la económica: la repercusión directa de los traspasos en términos de costes directos y presupuestos de los servicios traspasados sería, conforme a la experiencia española, alrededor de cien veces inferior en términos económicos a la correspondiente al traspaso de responsabilidades y medios en el ámbito de la asistencia sanitaria. Esa valoración económica de los costes y, con ello, de los medios económicos traspasados a las entidades sujetas a la “devolución”, habría predominado en todos estos casos, también en el español, sobre el criterio político relativo a la distribución más adecuada de las responsabilidades y los medios para hacer efectivo el papel de las administraciones públicas en el terreno de la Salud Pública.

-en segundo lugar, que, como puede observarse en el calendario correspondiente, la parte más importante de estos traspasos estaba ya finalizada cuando se produjo el cambio de gobierno, que paso a ser ejercido por el Partido Socialista en diciembre de 1982.

Esos traspasos se realizaron, por las razones que se han indicado antes, sin el establecimiento previo de ningún modelo que garantizase la coordinación posterior de los servicios traspasados. Esta situación se completó posteriormente por el Partido Socialista siguiendo la misma pauta ya marcada: la totalidad de los traspasos pendientes en estas materias (tres en materia de “sanidad” y 8 en el caso de la AISNa) se llevó a cabo antes de o durante 1986, año en el que se promulgó la Ley General de Sanidad, que debía haber establecido las reglas de funcionamiento coordinado del sistema

²⁸Sobre esta terminología se puede ver, por ejemplo, Rey del Castillo (1998c).

²⁹Sobre el proceso de “devolución” en el Reino Unido se pueden ver: Hazell (1998 y 2001); BMJ Editor's Choice (1999); Leys (1999); Pollock (1999 y 2001); Smith J (2001); Greer (2002, 2004, 2006, 2008 y 2009); Woods (2002); Select Committee on the Constitution (2002); Hunter (2005); Alvarez-Rosete (2005); Mashta (2009).

sanitario en éstas como en otras materias. Para entonces, todas las CCAA, siguiendo el estímulo recibido en este período “transitorio”, habían adoptado sus propias pautas de actuación en este campo, difícilmente reconducibles mediante una norma posterior.

d) El primer traspaso de la asistencia sanitaria realizado a la Generalidad de Cataluña, conforme a criterios negociados de manera bilateral, sin el diseño previo de un modelo de aplicación general.

El mismo problema de la ausencia de un modelo de aplicabilidad general se produjo en el traspaso de la asistencia sanitaria (considerada en el ámbito de la Seguridad Social, como se hace constar de manera expresa en el Real Decreto, el 1517/1981, de 8 de Julio, por el que se hace efectivo el traspaso) a la Generalidad de Cataluña, que tuvo lugar en ese año.

En este caso, dada la importancia económica del traspaso, la realización de éste y la ausencia de modelo tuvieron importantes repercusiones no sólo sobre la definición del papel de la AGE y la CA en el ejercicio de estas competencias, sino también sobre la determinación de las condiciones económicas del traspaso y, a través de ello, sobre la definición del sistema de financiación posterior de los servicios traspasados.

Respecto a las condiciones económicas del traspaso y la forma en que se hizo efectivo el inicial de los fondos correspondientes, es importante destacar que el criterio aplicado en el primer ejercicio fue el del porcentaje de coste efectivo de los servicios traspasados correspondiente a Cataluña sobre el total del INSALUD, estableciéndose un período transitorio de acercamiento entre dicho porcentaje y el de la población de derecho catalana en el momento del traspaso sobre la totalidad de la población.

Por otra parte, ese cálculo del coste efectivo de los servicios, y el propio traspaso, se hizo, de la manera probablemente más conforme con la distribución de competencias³⁰, por capítulos, conceptos y tipos niveles de atención, diferenciando de manera finalista lo destinado a cada uno de ellos³¹. Este método de cálculo y traspaso no se mantuvo más que el mismo año del traspaso inicial. De manera inmediata la

³⁰ Hay que recordar que en el artículo 149.1.17 de la CE figura como competencia “*exclusiva*” del Estado el “*régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas*”

³¹ En el apartado F del Anexo del Real Decreto citado, que se refiere a los “*Créditos presupuestarios que se traspasan a la Generalidad de Cataluña*”, se establece expresamente que “*se traspasan a la Generalidad de Cataluña los créditos presupuestariamente previstos para el funcionamiento de los Centros, Establecimientos, servicios y funciones que se traspasan, así como los consignados para inversiones y transferencias del Instituto Nacional de la Salud e Instituto Nacional de Servicios Sociales en el territorio de Cataluña..Dichos créditos se relacionan en los anexos números 9 y 10*”.

administración catalana planteó la escasa funcionalidad del mecanismo, y su incompatibilidad con la autonomía de gestión de los servicios traspasados, coartada por una distribución de los fondos recibidos establecida desde fuera. La cesión por parte de la AGE, que a partir del segundo ejercicio comenzó a traspasar los fondos de manera global y sin ninguna pormenorización finalista de los mismos, no se acompañó siquiera de la previsión de ningún mecanismo de información sobre la distribución y el uso de los fondos generales, creando con ello un precedente que se ha perpetuado a lo largo del tiempo, para el que todavía se está buscando solución.

Como en el caso anterior, cabe preguntarse por las razones que llevaron a un traspaso tan inmediato de los servicios de asistencia sanitaria, para cuyo desarrollo no existía ninguna previsión general de cómo llevarlo a cabo que permitiera mantener ciertas garantías de funcionamiento coordinado posterior de los servicios y que a la vez fuera de posible aplicación en el futuro en condiciones similares a otras CCAA.

En cuanto a las razones que llevaron a plantear con carácter urgente a la Generalidad de Cataluña el traspaso de estos servicios, no cabe duda de que fueron en buena parte de carácter económico: los presupuestos de asistencia sanitaria siguen suponiendo en la actualidad y en todas las CCAA alrededor del 35% del presupuesto global de cada una de ellas, una vez cerrados casi por completo los traspasos posibles en todos los ámbitos de actividad. Esa misma proporción, u otra muy semejante, es la que supuso el traspaso de los servicios de asistencia sanitaria en aquel momento, por lo que buena parte del poder económico ejercido por el Gobierno de la Generalidad dependió desde el principio de que aquél se hiciera efectivo.

Por otra parte, los servicios de asistencia sanitaria se caracterizan por la intensidad de uso de personal para su prestación, por lo que la responsabilidad de su gestión supone ejercer la misma sobre una parte importante de la población del propio territorio. De hecho, el servicio público sanitario constituye en muchas CCAA el mayor empleador del territorio. Aunque es posible que en Cataluña no fuera así en el momento del traspaso³², el volumen del personal traspasado a la Generalidad con la asistencia sanitaria fue en todo caso muy importante.

³²En aquel territorio el número de hospitales propios de la Seguridad Social medido en número de camas era más reducido en proporción a la población que en otros territorios, lo que, en un desarrollo asimétrico como el descrito se debió al menos parcialmente a la existencia de numerosos hospitales de mediano tamaño dependientes de corporaciones locales, de gran tradición en Cataluña. Estos hospitales se agruparon después para constituir el Consorcio Hospitalario de Cataluña, que en la actualidad constituye “la otra red” de asistencia hospitalaria en aquel territorio, en paralelo a la procedente de la Seguridad Social.

Por último, el traspaso de la asistencia sanitaria suponía también incluir en el ámbito de la gestión bajo responsabilidad de la Generalidad catalana el consumo de productos utilizados de manera intensiva por los servicios sanitarios, como los farmacéuticos, una parte de cuyas empresas productoras (especialmente las españolas, muchas de ellas familiares) se asentaban, y lo siguen haciendo, de manera destacada en el territorio catalán, donde constituyen una parte importante de su tejido industrial. Gestionar a la vez las políticas de consumo de una parte de esos productos y al mismo tiempo las de su producción proporciona oportunidades de desarrollo complementario de ambos procesos o, de manera alternativa, de dar prioridad a unos u otros tipos de políticas según un criterio propio, en cuya determinación pueden no estar ausentes los mismos criterios clientelares que se han puesto de manifiesto también por parte de quienes gobiernan en otros países en una situación similar. En el caso catalán, lo mismo ocurría con las entidades de aseguramiento sanitario privado, cuya cobertura, sobre la base de corporaciones inicialmente sólo extendidas por aquel territorio, era ya por entonces muy superior a la que se daba por entidades similares en la casi totalidad (con la excepción de Madrid) de los restantes territorios del Estado español.³³.

Por supuesto, estas o cualesquiera otras razones de fondo que se pudieran esgrimir se cubrieron en ése como en otros casos de la retórica del acercamiento de los servicios a los ciudadanos con objeto de dar mejor respuesta a sus demandas y

³³ Obtener datos fiables sobre la distribución por CCAA de las pólizas de seguro sanitario privado existentes en cada una de ellas no me ha resultado posible, y menos con carácter histórico. A los datos globales de pólizas de seguro sanitario se puede acceder de manera limitada en la página web de la patronal de entidades aseguradoras accesible en <http://intranet.icea.es/Almacen/Index.htm>. Según los datos ofrecidos en esa página (que se restringen al período 2006-2009) el número de asegurados cubiertos por pólizas privadas de asistencia sanitaria, excluyendo otras modalidades, para el conjunto de compañías (de las que ADESLAS ocupaba la primera plaza, con una cuota de mercado del 20,10%) era al cuarto trimestre de 2006 de 7.123.235, y las primas pagadas de 4.196.291,33 miles de euros. Para ese mismo año, según un informe de la Generalitat de Catalunya, la única CA que realiza informes públicos al efecto (por el Servei d'Autorització i Registre d'Entitats, Centres y Serveis Sanitaris de la Direcció General de Recursos Sanitaris del Departament de Salut catalán), el número de personas aseguradas ese mismo año en Cataluña era de 1.499.603, es decir, algo más del 20% del cómputo total de asegurados ofrecido por la patronal del sector. En términos de primas, el total pagado en Cataluña fue aquel año de 905.814 millares de euros, lo que representa el 21,7% de las primas pagadas. Una y otra cifras superan entre cinco y seis puntos porcentuales la proporción de la población catalana respecto de la población total española.

Aunque no hay datos para ese año, en años posteriores se informa en la página web citada de que las pólizas relacionadas con la atención sanitaria prestada a personal de las distintas Administraciones Públicas que eligen ese régimen de protección a través de las Mutualidades correspondientes suponía alrededor del 22% del total de las primas pagadas.

La población cubierta por pólizas privadas ha ido creciendo entre 2006 y 2009 a un ritmo de entre el 8 y el 10% interanual (la cubierta por pólizas de la Mutualidades públicas entre el 3 y el 8% interanual) hasta alcanzar en el tercer trimestre del 2009 la cifra de 8.481.426 asegurados. Con la última cifra de que dispongo de población cubierta en Cataluña, que es de 1.687.267 asegurados en 2008, el incremento desde 2006 supone el aumento en 187 664 personas respecto al de ese año, es decir, un aumento del alrededor del 13% en 2 años, ó un ritmo de crecimiento del 6,5% interanual, algo inferior al promedio español indicado según el propio sector asegurador.

preferencias, mejor conocidas desde un ámbito de gobierno más próximo, argumento que es común utilizar en cualquier proceso de descentralización (Rey del Castillo, 1998d).

En cuanto a las razones por parte del Gobierno de la UCD que pudieron llevar a aceptar el traspaso urgente de estos servicios en respuesta a la demanda efectuada desde Cataluña, hay que considerar en primer lugar la peculiar situación en la que se produjo el traspaso, a tan solo cinco meses escasos del intento del golpe de estado del 23 de febrero de aquel año. Durante su desarrollo, y tras su solución, el partido coaligado gobernante ya en aquel momento en la Generalidad, Convergencia i Unió, demostró su apoyo neto a la consolidación del régimen democrático, y con sus diputados, más numerosos que los de cualquiera de los restantes partidos minoritarios de ámbito territorial en el Congreso español, se constituyó en un apoyo casi imprescindible para cualquier Gobierno central sin condiciones de mayoría, como lo era en aquel momento el de la UCD. Esta situación, que continúa hasta la actualidad con escasos matices, y que se ha considerado por muchos politólogos, pero también por algunos sanitarios (Freire, 2008), como un problema específico peculiar de la democracia española, ha sido siempre utilizado por el nacionalismo catalán de manera más o menos sutil o expresa según momentos, pero de forma constante en todo caso, para obtener mejor respuesta a sus demandas.

Por otra parte, hay que considerar también que Cataluña fue la única Comunidad Autónoma que no se constituyó como tal a partir de la aprobación de su Estatuto, sino que el primer Gobierno catalán de la democracia, formado por representantes de todos los partidos catalanes y presidido por el Sr. Tarradellas, se constituyó como continuador y restauración del gobierno de la Generalitat suprimido tras la guerra civil por el gobierno franquista (Tussell, 2008. p. 78-79), como expresión de una conciencia autonomista más acendrada, que se había puesto también de manifiesto antes y durante el proceso más estricto de transición a la democracia. Durante ese gobierno, la cartera de Sanidad fue desempeñada por el médico Ramón Espasa, miembro entonces del comunista PSUC, que desarrolló una importante labor planificadora y elaboró un Mapa Sanitario de Cataluña, con la definición de centros y niveles de atención. Esta labor colocó a la autonomía catalana muy por delante del resto de las regiones españolas en cuanto a previsión del desarrollo sanitario más inmediato. Aprobado el Estatuto catalán en 1980, las elecciones autonómicas siguientes, realizadas el mismo año, dieron un triunfo inesperado a la coalición de partidos Convergencia i Unió, que gobernó desde

entonces con el refrendo democrático que le supuso su éxito electoral, difícil de contestar desde el gobierno de la nación. Fue precisamente ese Gobierno catalán el que demandó y obtuvo el traspaso de los servicios de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, en las condiciones que se han descrito.

e) La creación de la especialidad de Medicina familiar y comunitaria.

La creación de esta especialidad, que tuvo lugar en 1978³⁴, constituyó una aportación peculiar a la solución de los problemas de los que siempre ha adolecido la atención primaria en España.

En apartados anteriores se ha hecho alusión a algunos de esos problemas, como la “funcionarización” del desempeño de los puestos de trabajo en este nivel, que resulta inédita respecto al resto de los países de nuestro entorno; o la “doble dependencia” de los funcionarios que desarrollaban su labor en el ámbito rural.

A esos problemas estructurales hay que añadir los funcionales: el desempeño de las plazas de atención primaria en el ámbito de la Seguridad Social se caracterizó desde su inicio, en los años posteriores a la guerra civil, por una limitación horaria notable³⁵; a esto se le añadía la escasa capacidad de pedir pruebas diagnósticas complementarias, salvo las analíticas y radiografías más básicas, y ello con demoras prolongadas hasta obtener unos resultados a su vez escasamente fiables. En esas condiciones, las consultas del “médico general” se habían convertido en un lugar de prescripción de recetas, como si la facilitación de éstas pudiera compensar la escasa atención prestada, o de expedición de volantes para acudir a los especialistas “de ambulatorio”, cuya precariedad de sus actuaciones y su desconexión con los especialistas hospitalarios se ha comentado también.

En términos de resultados, esa situación derivó en una escasa capacidad de resolución de problemas por parte de los médicos generales, constituídos en todo caso en la puerta de entrada teóricamente obligada para el acceso al sistema, y en la desconfianza consiguiente de la población respecto a la eficacia de este nivel de atención. Una expresión de esa desconfianza era (y es todavía) la costumbre adquirida por buena parte de la población de dirigirse directamente a las urgencias hospitalarias

³⁴ El Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre, publicado en el BOE de 2 de febrero de 1979, estableció la “*regulación de la medicina de familia y comunitaria como especialidad de la profesión médica*”.

³⁵ Como máximo dos horas de presencia física en las consultas si el médico tenía pacientes que atender, no estando en la práctica obligado a permanecer más de una hora si para entonces no tenía pacientes, a los que sólo se les daba un número al acudir a la consulta, sin posibilidad de cita previa.

para resolver cualquier problema banal, o para eludir las listas de espera en procedimientos diagnósticos o terapéuticos programados.

Frente a esa situación, que afectaba a la totalidad de los médicos que trabajaban en ese nivel de atención, la creación de una nueva especialidad como la mencionada supuso en sus inicios la adición de un tercer grupo en discordia añadido al de los médicos con ejercicio en el ámbito urbano, y a los APD del medio rural, dejando de lado la modificación de la situación y la actividad general en este ámbito.

Esta actitud se reforzó por las características generales del desarrollo de la especialidad durante sus primeros años de existencia: a partir de su creación, las convocatorias de plazas MIR incorporaron un número limitado (siempre inferior a 100 durante los primeros años) de plazas de esta especialidad. Esta limitación suponía por sí misma una declaración expresa de que la necesaria reforma de la atención primaria, si se pretendía alcanzar con la creación de la especialidad, no se proponía para el corto plazo³⁶.

³⁶ En la tabla siguiente se puede observar la evolución de las plazas de esta especialidad (y de otras) convocadas a partir de la convocatoria 1983-1984, sin que haya sido posible obtener documentación correspondiente a los años previos. Para esos años las plazas de esta especialidad convocadas suponían ya entre el 35 y el 40% de las plazas convocadas, un porcentaje importante, pero que hay que situar en el contexto de la restricción de plazas MIR de otras especialidades que se llevó a cabo en aquellos años, como resultado de una planificación que se reveló después como errónea y que pretendía ante todo justificar un recorte de plazas que era ante todo la consecuencia de la restricción económica que se aplicó. A todo ello se hace referencia en apartados posteriores.

Pese a esa importancia porcentual, las cifras absolutas de plazas convocadas sirven para confirmar la afirmación anterior de que la reforma de la atención primaria que se pudiera pretender mediante la introducción de la especialidad de Medicina familiar y comunitaria no pretendía llevarse a cabo en el corto plazo, por el escaso impacto proporcional que suponían las nuevas promociones de especialistas titulados con respecto al total de plazas de ese nivel de atención existentes en el sistema sanitario público.

Como consecuencia de ello lo que se planteó en una evolución posterior se describe en el apartado II.4.c.2) como un conflicto por los baremos a aplicar en las nuevas plazas de atención primaria que se fueron convocando, y en relación con ello, el establecimiento de un sistema de obtención del título de especialista por una vía extraordinaria por cuanto personal disponía ya de plaza “en propiedad” en ese nivel de atención.

Otros comentarios de la tabla pueden servir también para explicar que la necesidad de acreditar dos años al menos de formación posgraduada para poder ejercer también en el ámbito de la atención primaria se impuso desde el ámbito de la Unión Europea, una regla cuya aplicación se hizo obligada a partir de 2001, para quienes en esa fecha no pudieran acreditar dos años de ejercicio previo anterior a 1995. En una primera fase eso determinó que en las convocatorias a partir de la de 1995-1996 fuera necesario establecer una convocatoria específica para los licenciados a partir de ese año de manera que pudieran cumplir el requisito de dos años de formación. A partir de 2001 esa convocatoria específica se unificó con la general, de manera que a partir de ese año el número total de plazas convocadas cada año resultó ya equivalente de manera aproximada al de licenciados en el mismo período anterior.

Los problemas derivados de la heterogeneidad de los diferentes grupos de interés, derivados de titulaciones distintas, para ejercer en un mismo ámbito se comentan en el apartado II.4.c.2) posterior.

Tabla 3. Plazas de formación sanitaria especializada adjudicadas a médicos en las convocatorias de 1983/84 a 2006/07.

		Medicina Familiar y Comunitaria	Resto Especialidades	TOTAL AÑO
1983/84		382	1.104	1.486
1984/85		396	957	1.353
1985/86		359	976	1.335
1986/87		432	1.302	1.734
1987/88		571	1.717	2.288
1988/89		685	2.375	3.060
1989/90		675	3.253	3.928
1990/91		730	3.295	4.025
1991/92		928	2.958	3.886
1992/93		1.080	3.197	4.277
1993/94		1.076	3.230	4.306
1994/95		1.219	3.223	4.442
1995/96	Específica MFyC	1.109		5.016
	General	887	3.020	
1996/97	Específica MFyC	1.486		4.819
	General	378	2.955	
1997/98	Específica MFyC	1.530		4.700
	General	267	2.903	
1998/99	Específica MFyC	1.519		4.713
	General	281	2.913	
1999/00	Específica MFyC	1.537		4.738
	General	263	2.938	
2000/01	Específica MFyC	1.600		5.126
	General	227	3.299	
2001/02		1.804	3.438	5.242
2002/03		1.801	3.616	5.417
2003/04		1.770	3.891	5.661
2004/05		1.682	3.798	5.480
2005/06		1.648	4.069	5.717
2006/07		1.582	4.222	5.804
TOTALES		29.904	68.649	98.553

Información elaborada en marzo de 2008

Por otra parte, el nuevo grupo de interés creado desarrolló con mayor rapidez una actitud corporativa de competencia con los otros grupos de profesionales mencionados con actividad en el campo de la atención primaria. Tal actitud se tradujo

en el desarrollo de movimientos reivindicativos para la consideración preferente del título de la especialidad como mérito para el acceso a las nuevas plazas de atención primaria convocadas. Como es lógico, esto se acompañó de movimientos defensivos contrapuestos por parte de los médicos ya ejercientes en ese nivel para el establecimiento de mecanismos transitorios para la obtención del título de la especialidad correspondiente, mecanismos en los que su reciclaje formativo ocupaba un lugar secundario y preferentemente formal. Y, en el contexto de la limitación del número de plazas MIR convocadas en los años siguientes que caracterizó aquella época, la nueva especialidad se tradujo también en enfrentamientos con los grupos de médicos recién titulados que no lograban acceder a las plazas de formación pero, por el contrario, no tenían limitado en aquel momento de manera formal y legal el acceso a las convocatorias de plazas de Medicina General en el ámbito de la Seguridad Social, ni a las de APD en el medio rural. Para añadir elementos de confrontación entre colectivos, las plazas de la nueva especialidad convocadas durante los primeros años de su existencia se plantearon para su desarrollo formativo preferente en el ámbito hospitalario, partiendo del reconocimiento de las escasas posibilidades formativas que ofrecía el nivel primario de atención.

De esa manera, con la creación de la especialidad citada se contribuyó a dificultar aún más una reforma general y en profundidad del nivel primario de atención, cuya importancia como puerta de entrada al sistema sanitario, pese a ello, nunca dejó de resaltarse en las manifestaciones públicas de los responsables sanitarios.

II.4)EL GOBIERNO SOCIALISTA HASTA LA LEY GENERAL DE SANIDAD (1982-1986).

a)El contexto social y profesional del acceso del PSOE al gobierno.

Para muchos historiadores la verdadera consolidación de la democracia en España tuvo lugar cuando un partido de la izquierda tradicional derrotada en la guerra civil, el socialista (Partido Socialista Obrero Español, PSOE), accedió al gobierno de la nación.

Por otra parte, el acceso a la democracia, en las expectativas de muchos españoles, debía conllevar la homologación a los mecanismos de integración social, el llamado Estado de Bienestar, característico de los países europeos. Éste había tenido un desarrollo raquítico durante la dictadura, aunque se extendió algo más al final de ésta; sus características y su situación en el caso sanitario se han descrito al principio.

Pero lo que caracterizaba también la situación era el reducido conocimiento que había en España por parte de todos los grupos políticos, los procedentes del propio aparato de Estado franquista (de los que formaban parte algunos de los funcionarios sanitarios de más alto nivel, que ocuparon altos cargos sanitarios durante los gobiernos de la UCD) y los de la oposición, acerca de la organización, los problemas y el desarrollo del Estado del Bienestar en los países del entorno europeo. Este desconocimiento, debido al aislamiento impuesto por el régimen franquista, constituyó otra de las hipotecas más importantes heredadas del régimen anterior para desarrollar y ampliar la protección de nuestros sistemas de bienestar, entre ellos los servicios sanitarios. Más aún si se trataba de combinar el desarrollo de esos mecanismos, servicios y prestaciones en una situación de descentralización como la prevista en la CE, antes de que estuvieran desarrollados de manera centralizada. La ausencia de países de características descentralizadas comparables en el entorno europeo más próximo (salvo quizás Alemania, país federal cuya organización sanitaria, basada en “cajas de seguro”, tenía características en todo caso muy diferentes a las de nuestro Estado autonómico recién estrenado) constituyó un gravamen añadido en el terreno de los ejemplos a conocer e imitar.

Todo ello sirve para introducir y explicar que el programa sanitario con el que el Partido Socialista accedió al gobierno de la nación era ante todo impreciso y ambiguo, en especial a la hora de concretar la manera de llevar a cabo alguno de los grandes objetivos pendientes (universalización de la cobertura sanitaria; financiación y

participación económica de los usuarios para acceder a los servicios; organización de éstos y participación de los recursos públicos y privados en la provisión; adaptación de esta organización a la descentralización prevista en la CE). La concreción de estas cuestiones se remitía a la elaboración de una ley, por otra parte, como se ha indicado en un apartado anterior, el mecanismo previsto en la propia Constitución para definir la extensión y la forma de ejercer el derecho a la protección sanitaria. Pero sobre sus contenidos en los aspectos citados no se precisaba mucho más en el programa. Aunque algunos analistas han expuesto las diferencias entre los diferentes partidos políticos respecto a los servicios sanitarios en aquella época (Elola, 1991, p. 87), éstas se referían a los planteamientos de carácter más general mencionados más arriba, sin alcanzar un mayor grado de precisión.

Por otra parte, aunque, como se ha indicado antes, muchos ciudadanos españoles desearan la homologación de nuestras estructuras sociales a las de los países democráticos de nuestro entorno, en el caso de la protección sanitaria la demanda era también imprecisa. En palabras de unos de los más caracterizados funcionarios sanitarios de alto nivel que ocuparon cargos relevantes durante los gobiernos de la UCD, *“la persistencia de un sistema sanitario deficiente sólo puede, a nuestro juicio, encontrar justificación en la instalación de compromisos entre la estrategia del aparato político y administrativo del sistema y gran parte de la clase médica, todo ello gracias a la pasividad de la población”* (Evangelista, 1982).

Algunos de estos extremos resultan discutibles, en especial el relativo a la importancia de las posiciones del “aparato político y administrativo del sistema”, que fué barrido literalmente sin mayores dificultades al acceso al gobierno del Partido Socialista, una cuestión que se analiza más ampliamente más adelante. Por el contrario, la descripción resulta exacta y dotada de un valor añadido propio en lo referente a la actitud de la población sobre los servicios sanitarios, al venir de una persona que ejerció cargos de responsabilidad sanitaria antes y durante la transición a la democracia desde la dictadura. Este régimen se caracterizaba por fomentar el sometimiento acrítico de la población y la exclusión de cualesquiera mecanismos de participación no ya sólo en el sistema político general, sino de manera específica en los servicios, y dentro de ellos en los servicios sanitarios.

Ni siquiera en los sindicatos democráticos, nacidos a la legalidad un poco antes que los partidos políticos, había posiciones más claras respecto a cómo enfocar el establecimiento de unos servicios sanitarios universales y de igual acceso para todos los

ciudadanos como condición vinculada al desarrollo democrático del país. Una revisión de los términos de los llamados Pactos de la Moncloa suscritos al inicio de la transición democrática, a los que se alude más adelante (p. 378), permiten confirmar la veracidad de esa valoración.

En cuanto a la situación entre los médicos, la profesión sanitaria de aparente mayor importancia en el sistema sanitario, merece la pena detenerse en hacer una descripción más pormenorizada de la misma.

En los primeros apartados de este trabajo se ha hecho ya referencia a la generación de un grupo de médicos, el colectivo denominado “de internos y residentes” (MIR), que se constituyó de hecho en el renovador del ejercicio profesional, por la vía de la mejora de su formación y el acceso al conocimiento científico más moderno y reciente. Desde antes de que se formalizase el acceso a la vía de formación que se ha descrito, lo que tuvo lugar de manera completa en 1978, la posición de este grupo de médicos les abocaba de manera natural al enfrentamiento con quienes habían mantenido el control monopolista del conocimiento científico, en especial los docentes de las Facultades de Medicina, que coincidían o compartían su poder con quienes ejercían el dominio sobre el ejercicio profesional. Ni que decir tiene que en una sociedad no democrática el ejercicio monopolista del poder en los dos ámbitos se mantenía a expensas de impedir en la práctica el progreso colectivo y personal de los que no se sometían a su control.

Los mecanismos utilizados para mantener la situación pasaban por el mantenimiento de procedimientos discrecionales y arbitrarios en el acceso a las plazas, tanto las docentes como las puramente asistenciales. La convocatoria de estas últimas, a partir de la apertura de centros hospitalarios en la red de la Seguridad Social a la que se ha hecho alusión antes, se multiplicó en la década de los setenta del siglo anterior.

Estos mecanismos de control en las instituciones docentes y sanitarias se complementaba con el desarrollado sobre las organizaciones corporativas que teóricamente representaban a los médicos, los Colegios Profesionales, cuyos cargos eran ejercidos por miembros de las élites docentes o profesionales a las que se ha hecho alusión. De hecho, durante los primeros años del franquismo los cargos colegiales dejaron de ser electivos, para pasar a ser designados por las autoridades políticas. Lo que se complementaba con la participación como “procuradores en Cortes” de los máximos representantes colegiales (el resto de cargos colegiales debía prestar juramento de los “Principios Fundamentales del Movimiento Nacional”).

Establecidos esos precedentes, cuando se volvió a permitir la elección libre de los cargos colegiales se mantuvo (y se mantiene hasta hoy) un elevadísimo nivel de abstención en las votaciones. A su vez, la abstención facilitaba el mantenimiento del poder relativo ejercido desde esos órganos por quienes tenían el poder en los ámbitos profesionales y docentes, sin que, de otro lado, hubiera necesidad por su parte de dotar a los órganos corporativos mencionados de alguna función en el control del ejercicio profesional similar al que organismos semejantes desarrollan en otros países de nuestro entorno.

En la situación descrita no resulta extraño que, de manera casi inmediata al inicio de su constitución como un grupo destacado en cuanto a sus niveles de formación y conocimiento respecto a la mayoría de la profesión médica, los MIR se viesen abocados al enfrentamiento con los poderes ejercidos sobre ésta por las élites docentes y profesionales citadas, y también con quienes ejercían la representación corporativa, que los propios MIR cuestionaron vivamente como no representativa del conjunto de la profesión.

En todo caso es importante destacar que el origen de esa confrontación no estaba en la existencia de diferencias de naturaleza política ajenas al ejercicio de la profesión, sino precisamente en las limitaciones que en el ejercicio de ésta se daban entre los grupos profesionales citados. Entre éstos, los MIR representaban la manera más acorde de ejercer la profesión conforme al progreso científico y a las formas organizativas que para hacer posible este último se daban en los países a los que España pretendía homologarse. Que eso se encontrase dificultado por la situación política e institucional del país también en el terreno de la docencia y la práctica médicas es lo que explica que el movimiento MIR, y los grupos de personal médico hospitalario más cualificados y, por tanto, más cercanos a sus planteamientos profesionales, se colocase de manera natural al lado de cuantos colectivos de otras áreas demandaban durante los últimos años de la dictadura el cambio político.

Por otra parte, entre esos colectivos, en todo caso minoritarios entre el conjunto de los médicos (aunque las posiciones opuestas de manera activa se redujesen a los grupos de médicos instalados en las posiciones de poder profesional y corporativo) se fue extendiendo de manera igualmente congruente con sus planteamientos profesionales un modelo de ejercicio profesional vinculado al trabajo en el sistema público sanitario con dedicación horaria amplia y exclusiva a cambio de una compensación económica adecuada, como mejor forma de mejorar y extender la atención sanitaria a toda la

población. Algo que, por otra parte, ya venía ocurriendo con la extensión de la cobertura sanitaria de la Seguridad Social y la creación de sus nuevos centros.

Los planteamientos de estos grupos, por otra parte carentes de una organización estable que les permitiera otra forma de participación institucional al margen de los conflictos que se fueron sucediendo (la mayoría de los cuales se orientaron al logro de un contrato laboral de formación que, una vez logrado, constituyó la referencia para los graduados de otras profesiones), no avanzaban en detalle mucho más allá de esa forma (hospitalaria) de ejercer la profesión. Ésta era, en todo caso, la única forma de trabajo que se consideraba compatible con unos servicios sanitarios universales propios de un país democrático, de los que el NHS británico constituía, en ausencia de conocimientos más profundos sobre su desarrollo y su situación en aquel momento, el modelo a seguir.

En el caso de la atención primaria, verbalmente reconocida por todos como el pilar sobre el que debía asentarse el conjunto del nuevo sistema sanitario, la situación era distinta: los diferentes grupos que se movían en su ámbito, a los que se añadió bajo los gobiernos de la UCD el nuevo grupo constituido por el reducido pero creciente grupo de especialistas en la nueva titulación de Medicina Familiar y Comunitaria, tenían situaciones e intereses contrapuestos (Borrell, 2007). A partir de esa situación, pese a algunas iniciativas puntuales desde posiciones de izquierda³⁷, no fue posible deducir una propuesta de reforma nacida desde el propio ámbito profesional que contase con un apoyo claro siquiera por parte de alguno de los diferentes grupos existentes, más allá de la demanda de la mejora de sus condiciones económicas. Éstas, a diferencia de los médicos hospitalarios, se planteaban en general sin contrapartidas definidas en términos de jornada, dedicación ni, menos aún, de sus condiciones contractuales, pese a ser todas ellas inéditas respecto a las de cualquier otro país de nuestro entorno³⁸.

³⁷ En este sentido pueden verse las propuestas realizadas desde la Vocalía de médicos de la Seguridad Social del Colegio de Médicos de Madrid entre 1977 y 1980.

³⁸ Es curioso en ese sentido constatar que, salvo el grupo político más a la derecha en el conjunto del país en aquel momento, Alianza Popular, los restantes partidos con representación parlamentaria, incluida la UCD, apoyaban la organización de la atención primaria en “centros de salud” (Elola, 1991, p. 87), una forma de trasladar a ese nivel la organización hospitalaria, basada en el trabajo “en equipo” y la participación en éstos de profesionales de diferente titulación, de manera destacada, además de los médicos, el personal de enfermería.

La coincidencia en esta propuesta de la mayoría de los partidos podría considerarse como una expresión más de la carencia de conocimientos de que adolecía nuestro sistema sanitario en aquel momento, que se comenzaba a superar lentamente mediante la apertura de nuestro país a la relación con otros países. La fuente más expresa de inspiración para ese tipo de propuestas está probablemente en la Conferencia organizada por la Organización Mundial de la Salud en Alma-Ata (entonces en la antigua URS y en la actualidad situada en Kazajistán) en 1978, bajo el slogan de Salud para todos en el año 2000. Como la casi totalidad de las actividades de la OMS, más aún en aquella época, sus conclusiones y propuestas iban dirigidas de manera preferente a los países en desarrollo, sin que los más desarrollados, que ya tenían

El entorno de la victoria socialista de 1982 se caracterizaba de manera resumida, por todo ello, por el escaso conocimiento e interés por parte de la mayoría de grupos políticos y de la propia población respecto a los problemas para la constitución y organización de unos servicios sanitarios que garantizasen la extensión de la protección sanitaria a toda la población. La única excepción en ese panorama eran los grupos de médicos descritos, no mayoritarios entre el conjunto de médicos ejercientes en aquel momento, cuyos planteamientos y propuestas alcanzaban ante todo a una forma de organización del trabajo en los hospitales públicos con dedicación horaria amplia y exclusiva a cambio de una compensación económica adecuada, como mejor forma de mejorar y extender la atención sanitaria a toda la población.

Tal situación explica que el elemento más desarrollado de las propuestas socialistas en el ámbito de la sanidad antes de acceder al gobierno fuera un modelo de carrera profesional para los profesionales hospitalarios que separaba el puesto jerárquico asistencial desempeñado del nivel profesional adquirido por la vía de una mejor cualificación profesional³⁹. En la propuesta se incluía la posibilidad de acreditar ésta de manera individual y con independencia del nivel jerárquico del puesto de trabajo desempeñado, aunque para acceder a los niveles jerárquicos superiores fuera necesario tener determinados niveles de acreditación. A su vez, estos últimos se verían recompensados económicamente mediante complementos salariales diferenciados.

La propuesta, explicada y desarrollada por el diputado socialista Cariaco de Vicente, encargado de las tareas sanitarias mientras el PSOE estuvo en la oposición, y por el médico Pablo Recio, que había formado parte de la primeras promociones de MIR antes de que se regularizase el sistema, hizo abrigar de inmediato importantes expectativas entre los colectivos a los que se dirigía, aunque como tal no llegó a figurar de manera expresa en el programa electoral del PSOE. Esos grupos profesionales veían en todo caso abierta así una posibilidad de desarrollo profesional personal de otra manera cegada para la mayoría de los médicos más jóvenes, los titulados como especialistas procedentes del sistema MIR: en la mayoría de los casos los puestos de nivel jerárquico superior (las jefaturas “de servicio” y “sección”), que constituían la única posibilidad de promoción, se encontraban ya entonces ocupadas por médicos de edad muy similar, que habían accedido a dichos puestos en los centros de nueva

constituídos sus propios servicios de salud, se sintieran en general aludidos por tales actividades y propuestas.

³⁹ Una propuesta similar procedente del ámbito profesional se puede ver en Álvaro Pascual (1982).

creación en fechas muy recientes, con perspectiva de permanencia en esos puestos durante muchos años, hasta una jubilación que en la mayoría de los casos se produciría previsiblemente en fechas próximas a las de los nuevos titulados llegados al sistema sanitario poco tiempo después. Las únicas posibilidades alternativas de sortear esa situación eran las derivadas de la creación de nuevos centros que provocasen el cambio de centro por parte de algunos de los que ocupaban los puestos jerárquicos superiores. En todo caso el ritmo de creación de centros o puestos de trabajo nuevos se había lentificado, una vez alcanzados ciertos niveles de dotación.

La propuesta, que alcanzó un cierto grado de pormenor, en todo caso muy superior al de otras propuestas sanitarias más generales incluídas en el programa con el que el PSOE acudió a las elecciones de 1982, no fue, sin embargo, incluída en dicho programa de manera expresa. Pese a ello, las expectativas de su desarrollo y aplicación por parte de los colectivos destinatarios de la misma, por otra parte el único grupo que formulaba demandas explícitas para la constitución de unos servicios públicos sanitarios universales, se mantuvieron, y cabe suponer que contribuyeron entre el colectivo citado y los grupos de médicos más afines a esas propuestas al masivo apoyo que recibió el Partido Socialista en aquellas elecciones, que le supuso una holgada mayoría absoluta.

b)La política de nombramientos del Partido Socialista en el ámbito sanitario.

La entrada en el gobierno de la nación de un partido cuyas últimas experiencias de participación en el gobierno a ese nivel se remontaban a 40 años antes, durante la Segunda República, supuso de entrada la renovación de la totalidad de los puestos no asistenciales de responsabilidad y gobierno en el ámbito sanitario que fueran dependientes para su nombramiento del gobierno de la nación y no hubieran sido traspasados a las CCAA.

Sin entrar en consideraciones personales, quienes venían desempeñando tales puestos con los gobiernos anteriores de la UCD, la mayoría de los cuales pertenecían a los dos cuerpos de funcionarios, el de Sanidad Nacional y el de Inspectores de la Seguridad Social, que he citado ya al principio, se consideraron globalmente como no afines por el gobierno entrante. Salvo excepciones personales, esta consideración general determinó una amplia sustitución de todos los cargos de diferente nivel (desde las direcciones provinciales del INSALUD, hasta el de los hospitales y los ambulatorios en el caso de la Seguridad Social) que venían actuando hasta entonces.

Lo que importa a estas alturas no es tanto valorar la justicia o injusticia de tal consideración de quienes eran en todo caso profesionales de la Administración. Conviene constatar en todo caso que, fuera por las razones de aislamiento que se han mencionado antes o por otras, los cuerpos citados no gozaban de un prestigio acendrado como expertos de un área específica de la Administración, como ocurría con otros cuerpos, en especial los del área económica⁴⁰, pero también en el ámbito de otras políticas específicas. En esas otras áreas el cambio de gobierno y el acceso a las tareas de gobierno correspondientes por parte del PSOE no supuso el amplio cambio que se produjo en el terreno sanitario, tanto en los servicios de Salud Pública (lo que se atenuó por el traspaso de esos servicios a las CCAA que se había efectuado ya en buen parte con arreglo al calendario que ya se ha descrito) como en los de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, terreno en el que Cataluña constituía la única excepción de traspaso ya efectuado.

La amplia renovación de cargos de todos los niveles que tuvo lugar, y la política general de no sustituir a los cesados por otras personas pertenecientes a los mismos cuerpos administrativos, determinó la necesidad de buscar una vía de aplicabilidad general para llevar a cabo la sustitución de los que dejaban los cargos. La vía se encontró en las previsiones contenidas en el Estatuto del personal asistencial de la Seguridad Social. Éste preveía excepcionalmente la posibilidad de que ese personal fuese nombrado para el desempeño de puestos de carácter directivo en la organización sanitaria de la propia Seguridad Social, conservando el derecho a la reserva de su plaza asistencial durante el desempeño del cargo administrativo o gestor mediante una situación prevista en el Estatuto de “excedencia especial en activo”.

Lo que estaba previsto con carácter excepcional (y así había ocurrido en algunos casos con los gobiernos de la UCD), pues los perfiles necesarios para el desempeño de esas funciones requerían conocimientos y formación en materias que son ajenas a la formación médica habitual, se convirtió en la regla. Con ello, y con independencia de la valoración individual de la gestión realizada por los nuevos gestores, parecía lanzarse, deliberadamente o no, sobre todo hacia otros ámbitos de la Administración y la política, el mensaje de que la administración y la gestión de los servicios sanitarios no precisaba de cualificaciones especiales, fueran éstas disponibles o no por los cuerpos de

⁴⁰ No hay que olvidar que la gestión económica de la Seguridad Social, incluída la correspondiente a los servicios sanitarios, permaneció en el ámbito de la Seguridad Social y el Mº de Trabajo a través de la Tesorería que se había creado cuatro años antes.

funcionarios que las venían desempeñando; y que tan válida era para ello la formación recibida por los médicos para el desempeño de sus funciones asistenciales, como la recibida (de manera deficiente, y sin perspectivas aparentes de alternativa posible) por los profesionales de la administración sanitaria, que de esa manera parecía considerarse como no digna de su calificación como profesión.

Es seguro que en la adopción de esa posición tuvo un papel la influencia de las afinidades políticas con el Partido Socialista por parte de los grupos de médicos que, además de representar las posiciones más “progresistas” desde un punto de vista estrictamente profesional, unían a esa condición la de ser el único grupo social que en la práctica, con las limitaciones que se han señalado antes, mantenía alguna posición específica de demanda sobre la necesaria reorganización de los servicios sanitarios para adaptarlos a las condiciones democráticas del país.

Pero lo que es importante hacer constar también es que la apertura de esa vía libre para la incorporación de los profesionales globalmente mejor cualificados desde el punto de vista de la práctica médica especializada a las tareas de administración y gestión de los servicios sanitarios coincidió con otro hecho relevante: la renuncia más o menos explícita por parte del Partido Socialista a desarrollar y aplicar la propuesta que sobre el ejercicio profesional en los hospitales había constituido la reivindicación principal (y el mayor atractivo para dar apoyo al propio Partido Socialista) del grupo profesional del que formaban parte la mayoría de quienes se incorporaron de nuevas por esta vía a las funciones y los puestos de la administración sanitaria.

La coincidencia de esas posiciones políticas multiplicó los efectos negativos de ambas: el Partido Socialista perdió progresivamente el apoyo colectivo de quienes constituían de hecho el único grupo favorable a introducir reformas sustanciales en la organización de los servicios sanitarios, que vieron frustradas sus expectativas de cambio en su situación y perspectivas profesionales. A su vez, una parte de ese grupo se vió abocada a dirigir, sin posibilidades de intervención activa para modificar su orientación, un sistema que no daba respuesta a las demandas de sus mejores profesionales, que por entonces cifraban en la dedicación completa al sistema público sus mejores perspectivas de desarrollo personal y profesional.

Otra expresión de esa renuncia fue la marginación de quienes habían sido portavoces sanitarios del PSOE hasta entonces, a los que se ha mencionado también como autores y difusores de la propuesta de “carrera profesional” a la que se ha hecho alusión en el apartado anterior. Ciriaco de Vicente ocupó el cargo de Secretario del

Congreso en la primera legislatura con gobierno del PSOE, desde donde pasó después en calidad de Consejero al Tribunal de Cuentas, donde aún permanece. Por su parte, el médico Pablo Recio pasó poco después a ser nombrado Consejero de Salud de la Comunidad Autónoma de Andalucía, desde donde, como se comenta más adelante, en 1994 hizo efectivo el traspaso de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a aquella Comunidad.

En el nombramiento de los cargos de mayor responsabilidad, desde el Ministro y el Subsecretario del Departamento sanitario a la Dirección General del INSALUD y demás altos cargos centrales, se siguió un criterio dual, como queriendo establecer un equilibrio inicial entre dos posiciones distintas que pudieran existir en el seno del propio partido.

Como es bien conocido, el primer Ministro de Sanidad (y Consumo) socialista fue el malogrado Ernest Lluch, que en las legislaturas anteriores había ejercido desde la oposición como portavoz del grupo parlamentario del Partido de los Socialistas de Cataluña, que por entonces funcionaba en el Parlamento como grupo independiente. Economista de profesión, en los cargos de mayor repercusión económica, y en concreto en la Dirección General del INSALUD, se rodeó de algunas personas de su confianza con experiencia de gestión económica en empresas públicas o privadas. Por el contrario, las áreas del Ministerio con mayor proyección administrativa y política quedaron bajo la responsabilidad del nuevo Subsecretario, el Dr. Pedro Sabando, un médico vinculado a los inicios del programa MIR, que escogió entre sus colaboradores más directos a otras personas del mismo origen profesional.

Las diferencias de criterio y enfoque de los dos grupos citados se hicieron pronto evidentes. Menos de un año después de ser nombrados en sus cargos cesaron algunos de los Subdirectores del INSALUD, en concreto el de atención hospitalaria, un médico prestigioso claramente alineado con las posiciones médicas reformistas, pero carente de experiencia de gestión, y disconforme con la orientación adoptada por el Instituto. Algunas de las expresiones de ese enfoque, prioritariamente economicista y dirigido ante todo al control del gasto, adoptado en la actividad gestora del INSALUD se reflejan en los apartados siguientes.

Por su parte, la actividad política del equipo del Ministerio vinculado al Subsecretario se orientó de manera prioritaria a la elaboración de los primeros borradores de la ley de sanidad comprometida, a la vez que se diseñaban algunas reformas de la actividad hospitalaria en línea con lo propuesto antes de acceder al

gobierno. De unas y otras actividades y de sus resultados se da cuenta también en el apartado siguiente.

Las diferencias entre ambas posiciones llegaron a su cenit en febrero de 1985, momento en el que fue cesado el Subsecretario y la mayoría de quienes colaboraban con él. Una parte de los nombramientos en los cargos de los cesados recayeron sobre médicos que venían desempeñando otros cargos en las Direcciones provinciales del INSALUD, cuyo origen profesional era el que se ha descrito más arriba, de los que habría cabido esperar una posición más afín a la de los cesados. En todo caso, la aceptación de los nuevos cargos en una situación en la que lo que se había producido la cancelación de los proyectos de reforma con los que se había accedido al gobierno situaba a los que los aceptaron en una posición de subordinación y escasa capacidad de maniobra respecto de quienes habían logrado imponer una política de sentido contrario.

Por su parte, la elaboración del texto definitivo de la Ley de Sanidad quedó también en manos de quienes no consideraban como política principal en aquel momento su elaboración. Incluso algunas medidas de reforma de la organización y la actividad hospitalarias, que se aprobaron poco después de cesados quienes las habían promovido principalmente, quedaron a su elaboración final y su aplicación por quienes, sin haberse opuesto a ellas frontalmente, habían pugnado por reducir sus contenidos y sus efectos.

Una explicación tan extensa de las situaciones y posiciones personales en un período que de antemano podría haberse considerado de transición sólo se justifica por lo que puede contribuir a entender mejor las características de las realizaciones que se llevaron a cabo durante este período, a las que se refiere el apartado siguiente. Siendo éstas reducidas desde el punto de vista normativo, al menos en cuanto al nivel de las normas, resulta, por el contrario también muy destacable el grado de influencia que sobre los desarrollos siguientes de las políticas sanitarias por el Partido Socialista gobernante tuvo este período inicial de gobierno, al que, por esa razón, parece igualmente justificado dedicar esta atención.

c) El desarrollo de la “reforma sanitaria”.

La elección del título de este apartado no es discrecional ni casual. Por el contrario, el título está tomado de una publicación realizada por el Ministerio de Sanidad en 1987 denominada “*Compendio legislativo de la reforma sanitaria (1982-1986)*”.

El contenido de esta publicación recoge el texto de la Ley 14/1986, General de Sanidad, pero también una serie de normas referidas tanto al ámbito hospitalario como al de la atención primaria promulgadas con anterioridad a la propia Ley, cuyos términos, o bien fueron reproducidos después en la propia Ley o, al no ser reproducidos de una u otra manera por ésta, constituyen la mejor expresión de la “reforma” en el terreno correspondiente. Es también destacable que en ambos casos la “reforma” se llevara a cabo inicialmente mediante normas de rango inferior al legal, que teóricamente sería el más adecuado para proporcionar un marco general y acorde en todos los ámbitos a las reformas a llevar a cabo a cada nivel. Por el contrario, al haber actuado en sentido inverso, el resultado es que normas de rango inferior (y, por tanto, sometidas a un proceso de elaboración y aprobación reducido al ámbito del Gobierno, y no a una discusión parlamentaria que pudiera haber contribuido a un mayor debate y un grado de acuerdo potencialmente también mayor) condicionó al menos parcialmente el contenido posterior de la Ley.

Otras observaciones respecto a las disposiciones citadas tienen también que ver con el proceso de su elaboración y con su aplicación posterior. En general, tal y como se ha descrito en el apartado anterior, se puede decir que las normas previas a la Ley General de Sanidad, igual que esta misma, se elaboraron por equipos y grupos que, dentro del mismo equipo ministerial, eran más afines a las líneas de reforma promovidas en cada caso. Por el contrario, se puede decir también en general que su aplicación, tras los recambios producidos en los equipos ministeriales que se han descrito, quedó bajo la responsabilidad de equipos, personas y grupos que no habían promovido su elaboración, o incluso habían adoptado una actitud cuando menos reticente a la misma, y que, en consecuencia, estaban menos o nada comprometidos con esa aplicación. Todo ello, como es lógico, redundó en la credibilidad e intensidad de la aplicación de los procesos de reforma correspondientes y, como consecuencia, en el mayor o menor grado de desarrollo de cada uno de ellos. Los detalles de las normas anteriores a la Ley tanto en el ámbito hospitalario como en el de la atención primaria, y las condiciones de su aplicación, se explican a continuación.

c.1) La “reforma” hospitalaria.

El contenido teórico de los planes de reforma en este nivel de atención fue objeto de un documento “gris”, discutido en cada uno de sus términos hasta la saciedad (hubo hasta más de treinta borradores con pequeños cambios en la redacción entre unos

y otros) entre los equipos correspondientes del Ministerio (dependiente de la Subsecretaría) y del INSALUD (dependiente de su Dirección General), que se prolongó a lo largo de 1984, y no fue objeto de publicación formal posterior. Alcanzar el acuerdo en sus términos, partiendo de una situación en la que los objetivos eran distintos⁴¹, resultó, como ocurre habitualmente en estos casos, en un documento de términos muy generales, escasa precisión, y ninguna referencia a plazos para su desarrollo, cuya aplicación podía derivar en resultados muy diferentes según quién la llevase a cabo.

1.1) La primera de las medidas a aplicar que se tradujo en una norma fue la de intentar integrar en un solo nivel de atención la actividad de los especialistas “de ambulatorio” (un nivel intermedio de escasa eficacia y dedicación, con acceso restringido a los recursos diagnósticos y terapéuticos propios de cada especialidad, y sin paralelo en ningún otro país de nuestro entorno) con la de los especialistas integrados en los servicios hospitalarios (con dedicación horaria completa y acceso directo a todos los recursos).

La norma que abrió el camino a la posibilidad de esa integración fue una Orden ministerial (es decir, la de nivel más bajo posible desde el punto de vista normativo y, por tanto, la de más sencilla elaboración y menor posibilidad de discusión previa) de 25 de abril de 1984 (BOE de 28 de abril), “por la que se dictan normas para la jerarquización de instituciones sanitarias abiertas de la Seguridad Social”.

De manera acorde con el escaso rango de la norma, la posibilidad de ampliar la dedicación de los especialistas extrahospitalarios y homologarla en todos sus términos, incluidos los retributivos, a la de los de los hospitales, facilitando la integración de su actividad en éstos, se planteaba con carácter voluntario.

Por otra parte, la propia norma no incluía ninguna clase de medidas específicas para resolver las previsibles resistencias tanto para ejercer la citada opción de manera voluntaria como para permitir por parte de los servicios hospitalarios la integración en su actividad de especialistas ajenos a ellos. Las características de éstos, tanto en cuanto a experiencia como formación, resultaban muy diversas y, en muchos casos, de nivel muy diferente al de los especialistas hospitalarios, en buena parte en relación con una

⁴¹ En términos muy generales se podría caracterizar que el objetivo principal del equipo ministerial era de una u otra manera aplicar líneas de reforma que se aproximasen a las propuestas de reorganización hospitalaria en términos de funcionamiento, dedicación e incentivos de los profesionales médicos, formuladas antes de que el PSOE ganase las elecciones, propuestas que, como se ha indicado antes, resultaban afines a las de una parte de los profesionales de los hospitales. El objetivo principal promovido desde el ámbito de la Dirección General del INSALUD, cuyas posiciones eran más afines a las del propio Ministro, era, como se describe un poco más adelante, el de mantener el control del incremento del gasto sanitario.

mayor antigüedad en el acceso a sus plazas. La norma tampoco preveía de qué manera se debían reorganizar las consultas extrahospitalarias desempeñadas por los médicos que optasen por la integración propuesta con las de los hospitales, de manera que aquéllas pudiesen también desempeñarse por los médicos hospitalarios de los servicios en los que se produjese la integración, evitando en todo caso las duplicaciones de visitas y procedimientos que se trataban de superar.

En línea con lo que se explicado antes, la orden ministerial fue elaborada principalmente desde el ámbito del Ministerio, durante un período en el que, tras el cese del primer Subdirector de asistencia hospitalaria en el INSALUD, este cargo estaba vacante, lo que se mantuvo hasta unos meses después. Sin embargo, su aplicación dependía de manera directa de las autoridades del Instituto, responsable en todo caso de su gestión. Por parte de éste ni se movilizaron a favor del proceso los recursos presupuestarios que hubieran facilitado su aplicación (en muchos casos la integración suponía un aumento de las retribuciones, que pasaban de hacerse por “cupos” de pacientes asignados a un sueldo fijo igual al de los médicos hospitalarios, a cambio de una mayor dedicación horaria) ni se adoptaron con carácter general medidas para resolver los problemas funcionales que se han descrito. Con todo ello, los resultados de esta medida de reforma quedaron al albur del interés por aplicarla puesto en cada demarcación territorial aún bajo responsabilidad del INSALUD. Medidos en el corto plazo, esos resultados fueron muy limitados, a la vez que crearon problemas funcionales en numerosos servicios hospitalarios, cuyos médicos no obtenían ninguna ventaja por el desarrollo de la medida (antes al contrario, podían ser destinados a desempeñar funciones fuera del hospital que antes no les correspondían), ni recibían ningún incentivo por colaborar en su aplicación.

1.2) En febrero de 1985, pocos días antes de que fuese cesado el Subsecretario del Ministerio y de que abandonasen con él sus puestos de dirección quienes colaboraban más directamente con él en las líneas de reforma que se están comentando, se publicaron en el Boletín Oficial del Estado en la misma fecha, el día 6 de ese mes, tres nuevas órdenes ministeriales con contenidos referentes a la actividad hospitalaria.

Por la primera de ellas se regulaba “el régimen de jornada laboral de mañana y tarde del personal Facultativo de los Servicios Jerarquizados de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social”. Como en el caso anterior, la adscripción a ese régimen de jornada se planteaba con carácter voluntario, pero la opción individual, que

debía realizarse en un plazo de tres meses, sólo era posible si más de un 50% de las personas de cada servicio correspondiente ejercitaba la misma opción. La oferta de adscripción a este régimen de jornada se realizaría “*en función de las necesidades del Centro, los correspondientes programas asistenciales, docentes e investigadores, y de acuerdo con las disponibilidades presupuestarias*”. Por otra parte, la ampliación de la jornada establecía sólo un mínimo de horas a desempeñar por la tarde, hasta las 17 h. de cada día (las normas estatutarias previas establecían la jornada hasta las 15,30 h.). A cambio de esa escasa ganancia horaria se planteaba la adición de un complemento que suponía menos de un 30% de la retribución normal de un médico de cada categoría., a la vez que se preveía la posibilidad de implantar un complemento “de especial dedicación” (en la práctica de dedicación exclusiva), cuya cuantía no llegó nunca a fijarse.

En una segunda norma se regulaba “el sistema de provisión de plazas vacantes de Facultativos especialistas en los Servicios jerarquizados de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social”. Las novedades de esta norma respecto de las que regían las convocatorias de plazas hasta entonces incluían:

- la denominación de las plazas como de facultativos vinculados al área de asistencia correspondiente, y no a ninguna institución en concreto, lo que facilitaba que los que se incorporasen a esas plazas pudieran ser destinados a realizar funciones en lugares dentro de la misma área sanitaria ajenos al propio centro (por ejemplo, un ambulatorio adscrito a un hospital, posibilidad que, en aplicación de la orden ministerial a la que se ha hecho referencia más arriba, había creado numerosos problemas para su aceptación por los especialistas hospitalarios).
- la aplicación de los mismos procedimientos de selección a los centros de atención primaria que se habían “jerarquizado” con arreglo al proceso de reforma de ese nivel al que se alude un poco más adelante.
- La posibilidad de que en las convocatorias de estas plazas se pudiera incluir la condición del desempeño de las plazas en régimen de jornada laboral de mañana y tarde, en las condiciones establecidas en la norma anterior.

Por su parte, la tercera de las normas aparecidas en la misma fecha se refería a la regulación del “sistema de promoción a los puestos de Jefe de Servicio y de Sección de los Servicios Jerarquizados de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social”. La novedad más relevante de esta norma era que el desempeño de las funciones de jefatura

de una y otra categoría se preveía durante los ocho primeros años de su ejercicio como provisional, sometido durante ese período a dos evaluaciones, una a los cuatro años de desempeño y otra a los ocho, antes de adquirir carácter definitivo. Como las plazas no se podrían convocar en tanto estuviera cubierta la plantilla total de médicos de cada servicio aprobada, definida en términos de la categoría inferior (médicos adjuntos o, según la norma anterior, facultativos especialistas), se preveía la posibilidad de hacer nombramientos funcionales provisionales mediante el recurso a la situación de interinidad, sin que en estos casos el designado perdiera la categoría básica obtenida previamente como plaza fija.

Las condiciones de la aplicación de estas normas, que se referían al ámbito en el que las demandas de reforma desde su propio nivel y por, al menos una parte, de los profesionales que trabajaban en él había sido más explícitas, no fueron diferentes a las que se han comentado hasta hora durante este mismo período. Y, tras los recambios en los equipos de gobierno del Ministerio y el INSALUD que se han descrito más arriba, quedaron a su aplicación por aquéllos que menos favorables habían sido a las mismas. Tomado las palabras de una de las personas que participó desde el nivel de las Direcciones provinciales del INSALUD y la dirección de centros hospitalarios en la aplicación de las medidas incluídas en las normas citadas, *“las limitadas cantidades presupuestarias habilitadas para su aplicación, que impedían hacer extensiva la oferta a la totalidad de hospitales y servicios, la escasa planificación y control de actividades en los servicios y hospitales donde se implantó y, en mi opinión, el escaso entusiasmo en el empeño de algunos responsables sanitarios y directivos hospitalarios, dieron al traste con aquel intento que parecía acertado conceptualmente”* (Barra, 1998, p.276) .

Cabe preguntarse cómo si entre los responsables sanitarios de mayor nivel, empezando por el Ministro en aquel momento, se daba ese escaso “entusiasmo” por las reformas abordadas, éstas pudieron alcanzar el nivel normativo citado. Como se verá más adelante, esta situación era común a las medidas adoptadas en otros terrenos, en concreto en el de la atención primaria, donde las normas de desarrollo alcanzaron un rango normativo todavía mayor. La pregunta podría extenderse incluso al contenido de la Ley General de Sanidad, a la que se refiere el apartado siguiente de manera independiente, y al desarrollo y aplicación de otras normas anteriores a ésta referidas a aspectos parciales, como el personal sanitario, que también se comentan.

La respuesta a esa cuestión no parece tener otra contestación posible que la del grado de prioridad otorgado a la reforma de la sanidad en aquel momento por la

dirección del Partido Socialista, que fue nulo y, en todo caso, subordinado a otras prioridades más acuciantes, incluso en el mismo terreno sanitario. Sobre cuáles fueron esas prioridades, orientadas principalmente al control del gasto público sanitario, se pueden deducir algunas conclusiones a partir de algunas otras actuaciones que se desarrollaron en éste y sucesivos períodos de gobierno, que se describen más adelante.

Sin embargo, respetadas éstas, lo que parece deducirse también del desarrollo normativo alcanzado por las medidas de reforma descritas y las que se desarrollaron en otros terrenos es que, manteniendo el respeto estricto de las prioridades establecidas (puesto de manifiesto en la limitación presupuestaria establecida para desarrollar la aplicación de las reformas, lo que se controló de manera estricta desde el ámbito del INSALUD y, de manera complementaria, desde la Tesorería de la Seguridad Social, de la que dependían a su vez los presupuestos del Instituto) la actitud adoptada desde los niveles de responsabilidad sanitaria y del Partido Socialista más altos fue la de tolerar el desarrollo de las medidas de reforma promovidas desde los ámbitos sanitarios y del propio partido que las demandaban. Y ello aunque, de resultas de esa actitud de mera tolerancia limitada y ningún compromiso con ellas, esas medidas de reforma quedaran en la práctica desvirtuadas, tanto desde el punto de vista conceptual como, en especial, de la credibilidad de su aplicación.

El efecto de esa actitud a muy corto plazo fue el de enajenar la confianza que pudiera existir por parte de los sectores más afines a las reformas respecto a las políticas sanitarias socialistas. Este efecto fue aún mayor por parte de aquellos sectores profesionales médicos que, sin prestar un apoyo decidido a esas políticas, podían considerarse a la expectativa de los incentivos que pudieran constituir para ellos las promovidas por el Partido Socialista en esta materia.

A la desconfianza generada en este terreno concreto de la reforma hospitalaria se fue añadiendo después, en algunos casos en este mismo período, la generada por otras orientaciones en diferentes cuestiones (en los apartados siguientes se hace especial hincapié en las políticas de personal y cuantas hacen referencia a la posición de los médicos en el sistema sanitario en su conjunto). El resultado global de todo ello fue el “desapego” progresivo (utilizando un término que se usó para describir la evolución de determinados territorios respecto de España como conjunto) respecto de las políticas sanitarias socialistas por parte de la mayoría de un sector, el de los médicos, que, además de ocupar una posición central en el sistema sanitario, era el único en el que se habían puesto de manifiesto posiciones expresas y estructuradas de apoyo a una reforma

sanitaria que hiciese compatibles los intereses profesionales con la extensión de la protección sanitaria de calidad a toda la población.

En cuanto a los promotores de las reformas, especialmente los médicos que se habían incorporado a las actividades de administración y gestión de los servicios sanitarios, su posición quedó claramente desairada y sin posibilidades reales de influencia posterior, al menos en cuanto a la orientación general de la reforma del sistema. A partir de ahí, una parte de ellos se convirtieron en “guerrilleros” de luchas parciales en terrenos funcionales o territoriales concretos, con resultados variables, según los objetivos marcados fueran más o menos compatibles con la orientación general de control económico proporcionada desde arriba a los servicios sanitarios. Y, en el peor de los casos, en gestores preferentes de su propia permanencia en los cargos desempeñados, para los que carecían de otra legitimación específica en el ámbito del conocimiento o la dedicación profesional ajena a su adhesión personal al gobierno de turno y su libre designación, teniendo como única alternativa su vuelta a las funciones asistenciales de las que habían partido.

1.3) Las últimas normas que se pueden considerar incluídas en la “reforma hospitalaria” llevada a cabo en aquel período son otras dos, también con rango de orden ministerial, publicadas ambas en el BOE de 5 de marzo de 1985, es decir, unos quince días después de que se hubieran producido los cambios en la dirección del Ministerio a los que se viene haciendo alusión.

En la primera de ellas, de 28 de febrero de 1985 “se establecen los órganos de dirección de los hospitales y la dotación de su personal, regulando la provisión de los cargos y puesto correspondiente”.

Mediante la segunda, de 1 de marzo del mismo año, “se aprueba el Reglamento General de Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales de la Seguridad Social”.

El contenido y la orientación de algunas de las medidas previstas en estas normas es expresivo por sí mismo de que el interés por su elaboración y promulgación se compartió más ampliamente por los sectores del INSALUD que, como reflejo de las prioridades marcadas desde el Gobierno y el Ministerio, centraban en aquel momento su orientación en el control económico y, en relación con ello, la pretendida “mejora de la gestión” del sistema sanitario.

* La más clara de las medidas en esa línea contenidas en estas normas se incluyó en la primera de las órdenes ministeriales citadas, en cuyo artículo 12, relativo a la “provisión de cargos para los órganos generales de dirección”, se abrió la posibilidad de efectuar nombramientos de directores-gerentes (también una nueva denominación de las direcciones generales de los hospitales) que recayesen en personas no procedentes del sector sanitario, eliminando una limitación de sentido contrario que estaba vigente hasta entonces.

Esta medida dio pie al nombramiento de una parte de directores-gerentes de origen profesional y sectorial diferentes, con experiencia en la gestión de empresas mayoritariamente privadas de distinta naturaleza. Esa clase de nombramientos se produjeron en la mayoría de los casos en centros que por su tamaño y antigüedad estaban entre los más emblemáticos de entre los de la red sanitaria de la Seguridad Social.

En otros centros, y con arreglo a otras previsiones de la misma norma, se produjeron nombramientos del mismo nivel en las personas de médicos que ya se habían incorporado a las direcciones de los mismos u otros centros en una fase anterior, la más inmediata a la victoria electoral de PSOE.

Lo de menos es la proporción en la que se produjeron una y otra clase de nombramientos. En poco tiempo, y como consecuencia de que los niveles retributivos ofrecidos eran significativamente inferiores a los que podía lograr cualquier gestor en empresas de otra naturaleza, el número de gerentes procedentes de fuera del sector se redujo a niveles testimoniales. En todo caso, lo importante de la medida es que dió pie a introducir la idea de que la gestión de los centros sanitarios, para lograr su eficiencia, no debía ser diferente de la que se llevaba a cabo en empresas de cualquier otra naturaleza, cuyos procedimientos y métodos eran por completo desconocidos para los profesionales sanitarios de cualquier origen y cualificación.

Este criterio dio origen de inmediato a la necesidad inducida de que los profesionales sanitarios que quisieran acceder a las tareas de dirección de los centros sanitarios⁴² precisasen de una formación complementaria que les permitiera acceder a unos mínimos de conocimientos que les permitieran desempeñar las nuevas funciones

⁴² Acceso siempre sometido al procedimiento de libre designación, sensible a criterios de afinidad política general y personal en ausencia de una tradición u organización corporativa que pudiera atenuar la arbitrariedad en los nombramientos.

“de gestión” (para diferenciarlo de la “administración” burocrática que se había llevado a cabo hasta entonces) asumidas.

Es también significativo que para proporcionar esa formación las iniciativas más inmediatas fueron las procedentes del sector privado, que, a través de diferentes escuelas de negocios, comenzaron a ofertar programas de formación como “másters” de diferente denominación y duración, que se fueron haciendo homogéneas en años sucesivos.

Por el contrario, la respuesta más inmediata de las pocas instituciones docentes del ámbito público sanitario existentes por entonces⁴³ fue nula, permitiendo que la orientación y los contenidos de esa formación, dirigida a quienes supuestamente debían llevar a cabo la mejora de la “gestión” del sector público sanitario, se fijase desde fuera de éste, sin establecer siquiera unos requisitos u orientaciones mínimos que permitieran dirigir desde el ámbito público el contenido y los procedimientos a seguir en la propia mejora de la gestión, ni en la formación de los profesionales destinados a gestionar esas tareas, a cuya responsabilidad, por otra parte, habían accedido en muchos casos carentes de cualquier formación específica para ello. Esa hegemonía en la determinación de los criterios de gestión a aplicar en el ámbito público por parte del sector privado contribuyó en los años siguientes a una traslación mecánica y acrítica al sistema sanitario español de procedimientos de gestión propios de otros sistemas sanitarios de naturaleza por completo distinta a la del nuestro⁴⁴, y a facilitar la introducción progresiva y bajo diferentes fórmulas de centros privados en la gestión del sistema

⁴³ Básicamente la Escuela Nacional de Sanidad, dependiente del Ministerio de Sanidad, que había absorbido poco antes una Escuela de Gerencia Hospitalaria que funcionaba de manera independiente impartiendo niveles precarios de formación hasta entonces.

⁴⁴ Un buen ejemplo puede ser la utilización de los llamados Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRDs) en la comparación de la actividad y los costes, y más adelante en la presupuestación, de los centros públicos sanitarios. Se trata de grupos establecidos mediante una estandarización de situaciones de enfermedad con distinto grado de gravedad y de complicaciones para los que se fijan tratamientos igualmente estandarizados con arreglo a los protocolos más aceptados. De todo ello se deducen unos costes previsibles de antemano para cada grupo. En los Estados Unidos estos costes previsibles se empezaron a utilizar en New Jersey en 1980, comenzando por un grupo reducido de hospitales (Hsiao, 1986), para efectuar el pago prospectivo por procesos a los hospitales concertados con diferentes sistemas de aseguramiento sanitario público y privado de entre los existentes en aquel país. Se trataba con ello de facilitar el control de la elevación de los costes derivado de criterios y formas de actuación diferentes por parte de distintos centros frente a situaciones clínicas supuestamente homogéneas. La compañía que cubre el aseguramiento sanitario en cada caso no paga al centro por cada proceso incluíble en determinado “grupo” una cantidad superior al precio establecido para éste.

Sobre el concepto y la aplicación de los GRDs en diferentes sistemas sanitarios existe una abundante literatura, que en castellano se puede resumir en la publicación de Mercé Casas (1991), a partir de la cual la consultora en la que trabaja (IASIST) difundió la venta de los DRGs (Diagnosis Related Groups en su terminología inglesa) adaptados a nuestros país a diferentes hospitales, entre los que luego se reparten los premios anuales “Top 10 ó 20”, que son objeto de amplia difusión en la prensa profesional y general, conforme a los resultados obtenidos en su gestión, monitorizada por la consultora citada.

sanitario público, sobre la base de realzar las supuestas ventajas en eficiencia por parte de los centros privados más habituados a esas medidas de gestión.

Esta respuesta a la búsqueda de nuevas formas de gestión en el ámbito público, renunciando al esfuerzo para establecer formas propias y adaptadas a las características del sector público en general y a las de cada sector específico dentro de éste, no fué peculiar del sector sanitario, sino que se dio también en otras áreas de las administraciones públicas españolas⁴⁵. En el caso del sector sanitario cabe señalar en todo caso que en la difusión inicial de algunas de las actividades de formación colaboraron de manera destacada algunas de las escuelas de negocios radicadas en Cataluña, en cuyo profesorado estaban integrados, o se integraron posteriormente, algunos de los promotores de las normas y medidas de reforma hospitalaria que se están comentando, lo mismo que personas vinculadas al PSC que desempeñaban responsabilidades de gestión en el sistema sanitario catalán, por entonces ya bajo la responsabilidad del gobierno de la Generalidad desempeñado por Convergencia i Unió.

* Una segunda medida, de orientación diferente, fue la de crear unas denominadas “Comisiones de Participación”, de las que formarían parte, entre un total de diecisiete miembros, “dos miembros que serán designados mediante votación directa por los responsables de sanidad de los Ayuntamientos ubicados dentro del Área de salud a la que esté adscrito el hospital u hospitales” y “dos representantes de las Asociaciones de Consumidores y Usuarios, elegidos por ellos mismos de entre las constituídas en el Área”. A ellos se sumaban, además de seis miembros que formaban parte de la entidad gestora del hospital y de los órganos de dirección de éste, tres representantes de los distintos grupos profesionales de la plantilla y otros de las organizaciones sindicales y empresariales “más representativas”.

La definición de las funciones de estas comisiones, especificadas en el artículo 19 de la orden ministerial de 11 de marzo de 1985, incluía toda clase de verbos sin significación ejecutiva o que indicase la capacidad de orientar la actividad hospitalaria, como un auténtico consejo de administración de cualquier empresa. Así por ejemplo, aludía a “*conocer* los planes de actuación asistencial y económica del hospital para cada ejercicio..., y la Memoria de gestión anual del hospital antes de su publicación”. También a “*recibir información* sobre la política general de concierto de servicios con otras entidades públicas o privadas, compras y suministros”, y a “*proponer* a la

⁴⁵ Ver, por ejemplo, las propuestas elaboradas en el Ministerio para las Administraciones Públicas (MAP, 1990 y 1991).

Dirección del hospital cuantas medidas considere oportunas para que el hospital adecue sus prestaciones a las necesidades de la población a la que atiende y, en general, las relativas a la mejora de la calidad asistencial”.

La finalidad de la creación de estas comisiones parecía principalmente ésta última. Sin embargo, aunque no existen informes generales en que se puedan basar estas observaciones, los mecanismos previstos para la elección de los componentes de la representación de los profesionales del centro y de las organizaciones sindicales derivaron en la utilización de estas comisiones como una vía añadida para plantear los problemas laborales y retributivos de los trabajadores sanitarios. Por parte de los representantes de las organizaciones empresariales, su presencia se orientó principalmente a defender los intereses de las empresas proveedoras en cada caso. A su vez, el interés real puesto de manifiesto por las direcciones provinciales del INSALUD y la de cada uno de los centros por que estas comisiones sirviesen para adaptar la actividad de cada hospital a las demandas de la población de su entorno fue también escaso. Era igualmente escasa la presencia proporcional de las entidades locales en estas comisiones, y los mecanismos internos de aquéllas para que su opinión reflejase los intereses sanitarios de sus propias poblaciones, más allá de solicitar mayores recursos. Por su parte, las organizaciones de consumidores y usuarios, además de un grado cuestionable de afiliación, no se proyectaban en el ámbito local o regional en la forma prevista en las normas para establecer su representación.

Todo ello contribuyó a que la repercusión de la creación de estas comisiones, lo mismo que su actividad real en la mayoría de los casos, se fuera reduciendo de manera progresiva, igual que el cumplimiento de los calendarios de reuniones de estos órganos previstos en las normas, sin que tal incumplimiento tuviera una repercusión mayor. Con todo ello, la actividad hospitalaria, siguiendo las tendencias observables en la misma época en los servicios públicos de otros países⁴⁶, pasó a guiarse principalmente por los criterios “de gestión” de los órganos de dirección de los hospitales creados de manera simultánea, aunque la autonomía de gestión por parte de aquéllos fuera más ficción que realidad.

* La tercera medida de las contenidas en las normas que se están comentando que supuso un cambio sustancial en la situación de la organización y la dirección de los hospitales que venían existiendo hasta entonces fue la institución de una División y una

⁴⁶ Esta tendencia se ha conocido en la literatura sobre administración pública como “gerencialismo”. Puede verse a este respecto Pollit (1990).

Dirección de Enfermería independientes y al mismo nivel de las respectivas existentes en el ámbito médico, de las que hasta aquel momento formaban parte.

Las razones y las consecuencias de esta “declaración de independencia”, que se sumaron a otras manifestaciones en la misma línea que se comentan en otros apartados, exceden el ámbito hospitalario, por lo que se comentan más ampliamente en un apartado específico un poco más adelante.

En todo caso, cabe señalar que, en lo que se refiere a la organización de los hospitales y a su administración o gestión, con esa decisión ambas se hicieron más complejas de manera automática (en términos económicos se podría decir sin necesidad de mayores demostraciones que aumentaron los gastos de transacción, al multiplicarse la necesidad de negociaciones y acuerdos a todos los niveles, desde el de los órganos superiores de dirección hasta los servicios concretos de atención al paciente, para organizar la atención de cada paciente concreto en cualquiera de ellos), sin que hasta ahora se haya realizado una valoración adecuada de sus efectos sobre la calidad y la eficiencia de la atención prestada en los hospitales.

c.2) La reforma de la atención primaria.

La expresión normativa más importante de la reforma de atención primaria llevada a cabo durante el primer mandato socialista y antes de que se promulgara la Ley General de Sanidad, de 1986, es el Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud. El modelo que se estableció en esta norma, que se recogió a grandes rasgos después en la Ley citada, sigue vigente desde el punto de vista formal y legal hasta ahora y, aunque su aplicación fuese muy paulatina, no ha sido objeto hasta ahora de ninguna modificación mediante una nueva reglamentación.

Dos órdenes ministeriales del 26 de marzo del mismo año desarrollaron el Real Decreto citado y facilitaron su aplicación inicial. Por la primera de ellas “*se regula(ba) el sistema de provisión de vacantes de plazas de personal sanitario en los Equipos de Atención Primaria por el procedimiento de concurso libre*”. Mediante la segunda “*se regula(ba) el concurso restringido de oferta de incorporación al personal sanitario de Instituciones abiertas de la Seguridad Social a los Equipos de Atención Primaria*”.

2.1) La definición del modelo.

Los títulos de las dos órdenes ministeriales citadas son bastante orientativos del modelo de atención primaria adoptado en el Real Decreto del que son desarrollo, e incluso de la vía escogida para difundir su aplicación.

En cuanto al modelo adoptado, la opción que se hacía en el Real Decreto lo era por una forma de organización del trabajo “en equipo”, que sustituyese, con ampliación de la dedicación horaria y desarrollo en locales propios de la Seguridad Social o cedidos a ésta por las corporaciones locales, la forma de trabajo de los médicos generales en los “ambulatorios” tradicionales.

Ese trabajo en equipo debía permitir entre otras cosas, manteniendo la adscripción de “cupos” a cada uno de los médicos que trabajasen en los Equipos, la colaboración de unos médicos con otros mediante la realización de sesiones clínicas y otros procedimientos habituales en los servicios hospitalarios para estudiar y debatir los casos más complejos y contribuir a la formación de sus miembros; la colaboración de todos los médicos del Equipo en la atención de la totalidad de la población adscrita al mismo (definida como Zona de Salud, cuya delimitación debería hacerse por cada una de las CCAA, todas las cuales habían recibido ya las transferencias en materia de Salud Pública, lo que, como se ha indicado más arriba, incluía la planificación sanitaria en su territorio), permitiéndose en todo caso la libre elección de médico entre los de cada Zona de salud ; o la organización de turnos de guardia para garantizar la atención urgente fuera del horario de funcionamiento de cada Equipo (establecido en 40 horas semanales para cada miembro del Equipo, con posibilidad de organizar turnos de mañana y tarde para prolongar el horario de apertura de cada centro).

De manera novedosa se promovía también una forma peculiar de integración de las tareas de atención sanitaria habitual con funciones propias del ámbito de la Salud Pública (por otra parte propias de los médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, APD, en el medio rural), a las que, sin embargo, se daba un contenido más amplio, adjudicando a cada Equipo la función de realizar “el diagnóstico de salud de la zona”, el desarrollo de “actividades encaminadas a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la reinserción social”, la “educación sanitaria de la población”, o la participación en “programas de salud mental, laboral y ambiental”. Esta orientación desembocó poco tiempo después de la aprobación del Real Decreto en la elaboración y difusión desde el Ministerio de un conjunto de “programas” de actuación sobre diferentes grupos de población (programa de la madre, del niño sano, del anciano...), que pretendían superar la atención “a demanda” a este nivel, y establecer mecanismos directos de actuación desde los Equipos sobre la salud de cada uno de esos grupos de población.

Desde el punto de vista del personal que debía formar parte de dichos “Equipos”, los profesionales esenciales constitutivos de los mismos eran los médicos generales y pediatras, así como el personal de Enfermería, adscritos a cada Zona de salud, tanto por parte de la Seguridad Social como por las Comunidades Autónomas al cargo de los sanitarios de APD (que tenían adscrito, como se ha explicado antes, el cupo correspondiente de la población respectiva). Con el equipo así constituido podría colaborar o incorporarse al mismo otro personal existente en la Zona, como los Farmacéuticos y Veterinarios titulares, trabajadores y asistentes sociales. A cada Equipo se le dotaba también de un soporte administrativo para el desempeño de las tareas de administración, recepción de avisos, información y otras de la misma naturaleza.

Cada Equipo quedaba además bajo la dependencia funcional de un Coordinador Médico, que “sin perjuicio de desempeñar sus propias actividades, realizará las actividades específicas propias de su cargo, entre las cuales figurarán las de relación con los demás Servicios e Instituciones sanitarias y con la población”. Su nombramiento debería hacerse “por tiempo definido”, recayendo en todo caso sobre uno de los componentes del propio Equipo.

En cuanto a la difusión y aplicación del modelo, el propio Real Decreto original establecía en su artículo 10 que *“las Comunidades Autónomas a las que hayan sido transferidos los servicios sanitarios antes dependientes del Instituto Nacional de la Salud, dentro de los límites presupuestarios correspondientes a los servicios transferidos, podrán optar por establecer o no la organización que regula este Real Decreto, con pleno respeto siempre a sus principios generales en la coordinación y planificación. Todo ello sin perjuicio de lo que establezca en su día la legislación que desarrolle el artículo 149.1.16 de la Constitución Española”*.

En la práctica, en la fecha de la publicación del Real Decreto sólo Cataluña había recibido el traspaso citado, lo que se tradujo en un retraso sustancial en la aplicación en aquel territorio del modelo previsto en la norma respecto a lo ocurrido en otras CCAA. Andalucía, con gobierno socialista, recibió el mismo traspaso pocos días después de la aparición del Real Decreto, lo que no fue obstáculo para aplicar el mismo modelo. Fue la única CA que recibió el traspaso después de la promulgación del Real Decreto y antes de la de la Ley General de Sanidad, en 1986. Por su parte, esta última confirmó en su grandes líneas el modelo del Real Decreto, incluyendo esas condiciones generales en las disposiciones de la Ley a las que se atribuyó el carácter “básico”, es decir, de obligado cumplimiento por todas las CCAA en esos aspectos más generales.

Esa forma de hacer obligatoria la aplicación del modelo por la mayoría de las administraciones sanitarias podría sugerir que existía un compromiso decidido en dicha aplicación. Sin embargo, esas previsiones contrastan con la establecida en la propia norma mediante la que se establecía que la incorporación a los Equipos de atención primaria que se creasen tendría el mismo carácter voluntario para los médicos que trabajaban en la atención primaria en la zona correspondiente que el previsto en fechas muy cercanas para los especialistas de ambulatorio que desearan “jerarquizarse”, a lo que se ha hecho referencia en el apartado anterior.

Para esos médicos ya integrados en la atención sanitaria con plazas “en propiedad”, la norma preveía la convocatoria de concursos restringidos, que se regularon mediante la segunda de las órdenes ministeriales citadas. La primera, a su vez, regulaba el procedimiento de concurso libre mediante el que podría incorporarse a los equipos personas de nuevo acceso. Los baremos previstos para este caso incluían, en el caso de los médicos generales, una valoración especial del título de especialista en Medicina familiar y comunitaria que, como he comentado, se había creado en el período de gobierno anterior. En el caso del personal de Enfermería, las titulaciones de especialidades equivalentes no existían, y de entre las existentes la que más se valoraba era la de Salud Pública, cuyo número de personas que la hubieran cursado era muy reducido. En consecuencia, en este caso el mérito preferente era el acúmulo de años de desempeño en plazas de cualquier ámbito, incluido el hospitalario, del sistema sanitario de la Seguridad Social.

2.2) La orientación, el desarrollo y la aplicación de la reforma de la atención primaria.

En un apartado anterior, en el que se ha comentado la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, se ha hecho ya referencia a la ausencia de posiciones homogéneas entre los colectivos de sanitarios que trabajaban en este nivel de atención respecto a las vías a seguir para cambiar su organización y las perspectivas de desarrollo profesional de cuantos participaban en él. Esa ausencia de acuerdo profesional, de sentido contrario al que existía entre los grupos de profesionales médicos que trabajaban en los hospitales, se extendía probablemente también hasta el terreno de las razones por las que se debía cambiar el funcionamiento de la atención primaria, y más aún en el sentido del cambio.

En cuanto a las primeras, era obvio el escaso nivel de eficiencia como puerta de entrada del sistema sanitario que ofrecía el nivel primario de atención. Esto cabía

ponerlo en relación con el escaso tiempo de dedicación a cada paciente según estaban estructuradas las consultas; pero también con el reducido acceso a medios diagnósticos y terapéuticos que se ha comentado; o con los niveles de formación teórica y práctica garantizados por parte de los médicos generales, que podían acceder a las plazas sin otra formación que la obtenida durante la licenciatura.

En cuanto al sentido de los cambios, y dejando aparte la reivindicación extendida de una mayor retribución, no existía un acuerdo en cuanto al mantenimiento de la forma en que debía hacerse ésta (manteniendo o no el sistema de pago por cupo o pasando a otro tipo de retribución fija o por otros conceptos). Entre los que tenían las plazas “en propiedad”, nadie parecía poner en cuestión su vinculación a ellas como nombramientos de carácter administrativo (o como funcionarios, para el caso de los médicos de APD); una situación que, como se ha descrito, resultaba inédita ya entonces respecto a la de los médicos generales en cualquier otro país de nuestro entorno.

Si la dispersión y la falta de acuerdo en los análisis y las propuestas respecto a la reforma era la nota peculiar de la situación entre los profesionales, entre los partidos políticos la situación era algo distinta: como se ha hecho mención anteriormente, todos los partidos desde el ámbito de la izquierda hasta el centro, incluida la UCD (que desapareció como partido poco después de haber sido desalojado del gobierno), y con la sola excepción de Alianza Popular, apoyaban, como ya he dicho, un modelo basado, sin entrar en mayores detalles, en la creación de centros de salud (Elola 1991, p. 87). Esa coincidencia genérica se debía probablemente a la disponibilidad de unas mismas y escasas fuentes de información, cuya referencia más cercana era la Conferencia de Alma Ata, promovida y desarrollada bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud, a la que ya he hecho alusión. Pero el grado de acuerdo y compromiso con los principios establecidos en aquella Conferencia no pasaba de los niveles más generales, ni siquiera en el seno del Partido Socialista cuando accedió al gobierno.

Los principios establecidos en la Conferencia de Alma Ata citada⁴⁷ resultaban en buena parte de escasa o imposible aplicación en los países desarrollados que ya tenían constituidos sus servicios de salud con arreglo a sus propias normas, tradiciones e historia⁴⁸. Principios como el de integrar en el nivel primario de atención la actividad

⁴⁷ En la página 20 se hace una amplia relación de citas bibliográficas relativas a los principios y actuaciones promovidos en aquella conferencia.

⁴⁸ Para el caso del NHS británico, el paradigma durante mucho tiempo de los servicios nacionales de salud, se puede ver MacPherson (1998). En ese año se celebró el 50 aniversario de la creación del Servicio. Con ese motivo el British Medical Journal, el órgano oficial de la Asociación Médica Británica

curativa, preventiva y rehabilitadora siguiendo un abordaje por “programas” parecían más compatibles con una nueva organización de los servicios sanitarios en países en desarrollo, carentes de servicios sanitarios organizados, que con la de otros países que, aunque realizasen actividades del mismo carácter por los médicos generales, lo hacían de otra manera y con otros incentivos, integrados en sus propias formas de organización de la atención primaria, siendo éstas ajenas, por otra parte, a la organización “en equipo”⁴⁹ alrededor de un centro de salud. Lo mismo ocurría con el recurso a profesionales o personas formadas ad hoc con inferior nivel de titulación al de los médicos para prestar las atenciones de nivel más básico. En el caso de la reforma de la atención primaria, esa idea se tradujo y parece subyacer de una u otra forma en la integración de personal de enfermería en los Equipos de atención primaria, como profesionales independientes del médico para desarrollar actividades poco definidas, pero que derivaron algún tiempo después en la creación de “consultas de enfermería”, sometidas a los mismos requisitos de acceso que las de los médicos.

España es el único de entre los países desarrollados que aplicó de manera más literal los principios citados, al escoger entre las distintas vías posibles de reforma de la atención primaria la que se ha descrito en el apartado anterior. Pero si lo hizo así no fué porque existiese un gran acuerdo al respecto, que sólo existía en líneas muy generales en el ámbito de los partidos políticos y probablemente por razones de no quedarse cada uno solo en la defensa de posiciones distintas, sino porque los grupos más afines a esos planteamientos dentro del Partido Socialista y de los grupos profesionales que lo apoyaban tuvieron la oportunidad de llevar a cabo en aquel momento sus reformas, en el contexto de la situación de distribución de las responsabilidades en el Ministerio de Sanidad y el INSALUD a la que también se ha hecho referencia en el apartado anterior. De otro lado, por parte de la dirección política del Ministerio esta situación incluía la tolerancia dentro de ciertos límites de las reformas planteadas, pero en todo caso ningún grado de compromiso que supusiera facilitar su aplicación general en un plazo

(BMA), publicó numerosos artículos en diferentes números de la revista dedicados a las condiciones peculiares propias de la creación y la evolución del NHS. En el número de 4 de Julio de ese mismo año, cuando se cumplía de manera más exacta el aniversario de la creación del Servicio, se acumuló un buen número de ellos (pags 37-71), encabezados por uno del Dr. Julian Tudor Hart (Tudor Hart, 1998), al que se hace también alusión en la nota siguiente, en los que se hace amplia alusión a las condiciones peculiares citadas en el caso de ese Servicio.

⁴⁹ Un ejemplo de formas de colaboración entre médicos independientes que trabajan en una misma zona o área para el desarrollo de actividades de prevención de factores de riesgo de distintas enfermedades puede encontrarse en Tudor Hart (2006, 2008).

inmediato⁵⁰. A ello se vino a añadir que los promotores más directos de la norma básica de la reforma, que formalmente formaban parte del equipo más afín al Subsecretario del Departamento, cesaron en sus cargos un año después de promulgada aquélla, lo que dejó en manos de quienes no habían sido sus promotores su desarrollo posterior.

El resultado de esa situación de tolerancia pero escaso compromiso con las medidas de reforma permitidas fue muy similar al de las que, promovidas para el nivel hospitalario, se han descrito en el apartado anterior: casi cinco años después de promulgada la norma, en Enero de 1989, el promedio de la población de las CCAA que no habían recibido el traspaso del INSALUD⁵¹ que estaba atendida bajo la forma prevista en el nuevo modelo era sólo ligeramente superior al 40%, siendo del 54% en el medio urbano y tan solo del 26% en el medio rural (lo que cabría también poner en relación con la escasa aceptación voluntaria inicial de la integración en los nuevos Equipos por parte de los médicos de ese ámbito). Las diferencias entre esas CCAA, cuya asistencia sanitaria estaba por entonces gestionada todavía por el mismo INSALUD, eran muy importantes, oscilando entre un promedio global superior al 60% en Navarra y cifras iguales o inferiores al 25% en Baleares o Galicia (Tabla 4, tomada de Ruiz Jiménez, 1990). Y ello pese a que la Ley General de Sanidad, promulgada en abril de 1986, había dado confirmación al modelo descrito.

Desde el punto de vista del contenido de la reforma y su orientación, y la falta de una valoración adecuada de algunas experiencias previas⁵², aquélla parecía guiada más bien por razones teóricas de confianza en el modelo elegido (que incluían desde la crítica a un modelo de atención excesivamente medicalizado a la propuesta de una nueva forma de atención “integrada e integral” que respondiese a la multicausalidad de

⁵⁰ Como en el caso de la reforma hospitalaria, por los participantes en el desarrollo y extensión del modelo se ha resaltado que *“el grado de implantación debiera haber sido mayor y los recursos económicos dedicados a su extensión insuficientes para lograrlo (a pesar de la frecuente e infundada impresión de algunos profesionales y gestores vinculados al nivel especializado, todos los estudios financieros realizados ponen de manifiesto el decremento constante de los fondos destinados a Atención Primaria durante el período y, por el contrario, el constante aumento de los dedicados al ámbito especializado, hayan sido éstos suficientes o no)”*. (Carro, 1998)

⁵¹ En el intervalo se produjo el traspaso del INSALUD a Andalucía, el País Vasco y la Comunidad valenciana, como puede observarse en el cuadro 1.

⁵² En el artículo que se cita en la nota siguiente se citan de manera expresa como antecedentes del modelo elegido que *“durante la década de los 70 se desarrollaron, entre otras, dos experiencias con resonancia general, una a nivel peninsular: la desarrollada en la localidad extremeña de Montánchez, y otra a nivel insular, en el municipio grancanario de S. Bartolomé de Tirajana.”*. Incluso aunque se pudiera aceptar que se hubiera producido una valoración de esas experiencias fuera del ámbito de quienes participaron en ellas, lo que no había ocurrido realmente, hay que destacar que se trata de dos localidades de ámbito rural, mientras que el ámbito en el que se desarrolló con carácter prioritario su aplicación inicial con arreglo a los patrones citados fue el urbano.

las razones que llevan a la enfermedad y las pérdidas de salud⁵³) que orientada a la consecución de objetivos más concretos que permitiesen valorar la mejora en algunos de los parámetros que mejor podían traducir algunos de los problemas que aquejaban a la organización de la atención primaria antes de su reforma. Entre ellos se podrían citar el aumento del tiempo de consulta por paciente; la resolución de más casos en el primer nivel de atención, con la consiguiente disminución de la derivación de los pacientes a otros niveles; o la disminución del recurso espontáneo a las urgencias hospitalarias para atender problemas menores, susceptibles de resolverse en el primer nivel de atención.

Como resultado de ese enfoque, la reforma, como se ha descrito, hacía especial hincapié en promover actividades ajenas a la asistencia médica habitual más que en otros aspectos de ésta, como el acceso de los profesionales de ese nivel a un panel de pruebas diagnósticas y medidas terapéuticas más amplio que el que venía rigiendo, y en la mejora de la formación de los profesionales de la atención primaria que les permitiese rentabilizar el acceso a esos medios.

En cuanto a la primera de esas cuestiones, la disponibilidad de mayor y mejor acceso a una gama más amplia de procedimientos diagnósticos o terapéuticos ha seguido un lento proceso, como consecuencia de no encontrarse entre las prioridades iniciales más inmediatas.

⁵³ Se puede ver en este sentido la justificación a posteriori del modelo de reforma elegido por parte de quien promovió la norma como Subdirector de Atención Primaria en el Ministerio en Carro (1998). También en la valoración de los efectos iniciales de la reforma llevada a cabo cinco años después de su aprobación que se viene citando (Ruiz Jiménez, 1990) se señala que *“con la organización en Equipos de Atención Primaria se ha conseguido una mejor utilización de los recursos, mayor satisfacción profesional, un aumento del tiempo de dedicación y mejor accesibilidad a los servicios sanitarios. Logros importantes y necesarios con respecto al sistema anterior de cupo, pero no permiten concluir que se esté haciendo una atención a la salud más integral, comunitaria y participativa. Dominan los paradigmas médicos de siempre, incapaces de aceptar una reflexión crítica de su validez y de la necesidad de adecuarlos a las referencias históricas. No se quiere entrar en el debate profundo sobre la validez del modelo médico occidental y en cambio se introducen elementos de confusión con el objetivo de fortalecer los intereses de ciertos sectores profesionales y económicos...La estrategia de Atención Primaria de Salud (APS), con todos los criterios progresistas que la definen, puede ser válida para propiciar en un sistema social concreto procesos de cambio social para conseguir niveles de salud y bienestar mejores y mas igualitarios...La APS, en la visión más progresista, implica una transformación importante de la cosmovisión y de la concepción sobre la salud que la cultura de nuestra sociedad tiene...”*. Es más que dudoso que, planteados los objetivos y aspiraciones de la reforma en esos términos, pueda pensarse por alguien que ésta pudiera obtener algo más que un grado limitado de tolerancia, y aún ésta estrictamente limitada, por parte de un partido de gobierno, como el PSOE, de carácter netamente reformista, no dispuesto a poner en cuestión los fundamentos básicos de nuestra organización como sociedad, entre ellos el papel de los servicios sanitarios como parte del Estado de Bienestar.

Tabla 4. Población cubierta por el nuevo modelo de Atención Primaria (según Equipos de Atención primaria autorizados). (Tomado de Ruiz Jiménez, 1990).

	P. CUBIERTA TOTAL EN MEDIO URBANO				EN MEDIO RURAL	
	Habitantes	% (1)	Habitantes	% (2)	Habitantes	% (3)
Huesca	58.215	27,3	37.410	31,3	20.805	22,2
Teruel	49.029	32,4	39.069	99	9.960	9
Zaragoza	283.740	34,4	283.740	45,8	—	—
ARAGON	390.984	32,9	360.219	47,9	30.765	7
ASTURIAS	552.883	51,1	386.556	58,5	166.327	39,4
BALEARES	171.082	25,8	171.082	34	—	—
Las Palmas	306.169	42,1	236.586	37,3	69.583	73,5
S.C. Tenerife	335.802	51,1	313.048	63,5	22.754	13,9
CANARIAS	641.971	46,4	549.634	48,8	92.337	35,7
CANTABRIA	217.041	44,6	173.490	57,5	43.551	23,5
Albacete	240.919	75,3	174.476	91	66.443	51,9
Ciudad Real	211.535	46,3	120.329	47	91.206	45,3
Cuenca	112.775	52,1	18.857	36,3	93.918	57,1
Guadalajara	102.129	73,6	50.370	75,6	51.759	71,7
Toledo	171.823	35,7	77.678	57,7	94.145	27,2
CASTILLA-LA MANCHA	839.181	52	441.710	63	397.471	43,6
Avila	100.679	56,3	36.904	86	63.775	46,9
Burgos	131.387	37,1	75.082	34,2	56.305	41,9
León	377.640	74,3	224.602	94	153.038	56,8
Palencia	111.024	60,7	41.195	56,3	69.829	63,6
Salamanca	170.901	48,3	95.060	51,7	75.841	44,7
Segovia	92.315	63,7	21.238	40,7	71.077	76,6
Soria	73.595	75,3	31.000	100	42.595	64
Valladolid	228.182	48,7	113.439	33,6	114.743	84,4
Zamora	103.753	46,6	46.099	60,9	57.654	39,2
CASTILLA-LEON	1.389.476	55,3	684.619	54,7	704.857	55,9
Badajoz	375.847	58,7	206.171	68,5	169.676	50
Cáceres	221.273	52,7	89.163	70,8	132.110	44,9
EXTREMADURA	597.120	56,4	295.334	69,2	301.786	47,7
La Coruña	134.844	13,2	134.844	25	—	—
Lugo	47.460	12,1	47.460	39,1	—	—
Orense	134.131	32,8	134.131	99	—	—
Pontevedra	273.650	32,8	230.127	43	43.523	14,5
GALICIA	590.085	22,2	546.562	41,1	43.523	3,3
LA RIOJA	103.802	40,7	103.802	72,6	—	—
MADRID	1.910.212	41,4	1.823.446	41,6	86.766	37,6
MURCIA	381.417	39	332.234	37,7	49.183	50,2
NAVARRA	334.682	65,2	183.653	68,8	151.029	61,2
CEUTA	—	—	—	—	—	—
MELILLA	10.176	26,8	10.176	26,8	—	—
TOTAL	8.130.112	42,7	6.062.517	54,6	2.067.595	25,8

(1) Sobre total población protegida por la Seguridad Social.

(2) Sobre total población en medio urbano.

(3) Sobre total población en medio rural.

FUENTE: Ministerio de Sanidad y Consumo. INSALUD. Enero. 1989.

Respecto a la formación del personal, la opción de dar prioridad y un mayor valor en los baremos para el acceso a las plazas de los nuevos Equipos de Salud a la titulación en Medicina Familiar y Comunitaria pudo responder inicialmente a la

evidencia de una mejor formación, aunque ésta fuese principalmente hospitalaria, por parte de los especialistas formados por esa vía, una realidad innegable respecto a quienes pretendían acceder a las plazas sin ninguna otra formación que la recibida en la licenciatura. El colectivo inicial de médicos que disponían de esa nueva titulación era, sin embargo, muy escaso, y aún más reducido en el contexto de la limitación de las plazas MIR convocadas en aquella época. Por esa razón la respuesta más amplia a la preferencia establecida en esos términos se produjo por parte de los médicos que ya ocupaban plaza de atención primaria en el sistema, que debían competir en condiciones desfavorables con quienes sí disponían de esa titulación para obtener plazas diferentes a las que ya ocupaban.

El resultado de los movimientos desencadenados por esa situación condujo finalmente al establecimiento de vías supletorias para la convalidación y obtención del título por quienes ya tenían plaza, incluyendo en esas vías procesos complementarios de formación de dudoso rigor y eficacia. Con ello el problema volvió en buena parte a sus orígenes, al demostrarse que no era posible una reforma real de la atención primaria que no incluyese la modificación de las condiciones de trabajo y formación de la mayoría de los que ya trabajaban en ese nivel.

Por otra parte, el resultado de la aplicación de las reformas medido en términos de mejora de tiempos de atención, disminución de las derivaciones a otros niveles, o reducción de la frecuentación de las urgencias hospitalarias no se constituyó en ningún momento en objeto de una valoración sistemática, de manera que, antes de extender el modelo a la totalidad del sistema, fuera posible, en su caso, su corrección.

Los análisis más precoces que sustentaban algunas de las valoraciones más optimistas de los efectos más inmediatos de la aplicación de la reforma, como las contenidas en uno de los textos citados (Ruiz Jiménez, 1990) “*con la organización en Equipos de Atención Primaria se ha conseguido una mejor utilización de los recursos, mayor satisfacción profesional, un aumento del tiempo de dedicación y mejor accesibilidad a los servicios sanitarios*”), carecían de rigor estadístico. No se conoce tampoco ninguna valoración rigurosa de tales efectos que pudiera haber sido puesta en marcha por ninguna de las Administraciones que participaban en su aplicación (no sólo el INSALUD, sino también cada una de las CCAA en su propio territorio)⁵⁴.

⁵⁴ En el informe SESPAS del año 2000 (Ortún, 2000) aún se puede leer “*Es dificultoso llevar a cabo una evaluación rigurosa de la Atención Primaria en España debido a la carencia de un sistema de información estatal con variables y definiciones constantes, que aporte datos acerca de cuestiones tan*

Tabla 5. Extensión de la reforma de la Atención Primaria por CCAA en 1998.

CCAA	CENTROS DE SALUD PREVISTOS	CENTROS DE SALUD EN FUNCIONAMIENTO	% DE CENTROS DE SALUD EN FUNCIONAMIENTO	% DE POBLACIÓN ATENDIDA POR MODELO REFORMADO
Andalucía	351	254	72,3	71,0
Aragón	121	112	92,56	85,92
Asturias	80	75	93,75	85,87
Baleares	45	41	91,11	81,47
Canarias	105	99	94,3	78,0
Cantabria	37	32	86,49	67,07
Castilla-La Mancha	187	187	100,0	93,24
Castilla-León	240	232	96,67	91,29
Cataluña	343	239	69,7	67,3
Ceuta	3	3	100,0	100,0
Comunidad Valenciana	244	226	92,59	75,28
Extremadura	99	97	97,98	95,7
Galicia	nd	193	nd	56,0
Madrid	308	289	93,8	82,8
Melilla	4	4	100,0	94,98
Murcia	71	71	100,0	87,59
Navarra	53	53	100,0	100,0
País Vasco	126	nd	nd	67,11
La Rioja	18	18	100,0	87,25

Fuente: Marzo M y Ferrán M. Estadísticas. Jano 1999;1303(nº extra Mayo):56.

Por el contrario, la aparición en los últimos años de movimientos como la Plataforma 10 minutos, que demanda ese tiempo mínimo de dedicación por paciente y consulta, o la persistencia actual de niveles elevados de frecuentación de las urgencias hospitalarias para problemas que podrían ser resueltos en el nivel primario de atención, son sugestivos de que los efectos de la aplicación de la reforma, cuando ésta está ya generalizada, distan de ser los que se hubieran podido desear por quienes en la aplicación de la reforma buscaran ante todo la mejora del funcionamiento de ese nivel de atención.

básicas como la utilización por grupos de edad, sexo y clase social. Carecemos, por ejemplo, de perfiles sistemáticos de morbi-mortalidad por áreas o zonas de salud, con lo que es difícil estudiar la adecuación entre necesidades y dotaciones. Es decir: ¿por qué se hace un centro de salud aquí y no allí?, o ¿por qué se le dota con determinado número y tipo de profesionales?, o –de enorme interés– ¿cuál ha sido el impacto de la reforma sanitaria sobre la morbi-mortalidad de las distintas zonas y áreas?. Sin esta información la evaluación será siempre superficial, y por aproximación. La carencia imposibilita la evaluación rigurosa y la limita a la comparación del sistema reformado con el de “cupo”. En el mismo trabajo se incluye una tabla en la que se compara la diferente extensión de la reforma alcanzada en las CCAA 14 años después de su promulgación (Tabla 5). Algunas valoraciones previas realizadas por ciertas CCAA, como Andalucía (Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, SAMFC, 1994) o Castilla La Mancha (por su Equipo Territorial de Inspección, dependiente del INSALUD, que no llegó a ser publicado formalmente) carecían del soporte estadístico y descriptivo adecuados como para considerar que constituyesen algo más allá de una valoración superficial y parcial, cargada de opiniones y sesgos, de la evolución previa y la situación en el momento de su realización.

En el informe SESPAS de dos años después (Minué, 2002) se publicó una nueva valoración de la “Situación actual y futuro de la Atención Primaria” que, manteniendo la misma carencia de datos, tenía más de lo segundo que de lo primero. Este trabajo tiene, sin embargo, el valor añadido de contar con una amplia bibliografía que contiene abundantes referencias a trabajos publicados en España sobre la reforma, aunque la mayoría de ellos son valoraciones de carácter cualitativo o artículos de opinión.

Pese a la ausencia de demostración de los efectos de la reforma, su aplicación se convirtió por sí misma en el instrumento de valoración de las políticas de todas las Administraciones sanitarias, cuyo compromiso con la mejora de los servicios públicos pasó a valorarse de acuerdo con la extensión alcanzada por la aplicación de la reforma en el ámbito de la responsabilidad de cada una de ellas⁵⁵.

Una de las consecuencias derivadas de esa valoración positiva, pero sin demostración, del modelo de reforma fue la utilización de un criterio de carácter estructural para medir la extensión de aquélla: la consecución de la reforma se vinculó principalmente a la disponibilidad de Centros de salud, cuya construcción, más que su dotación con personal adecuado y con formas de organización e incentivos orientados a mejorar su función, se convirtió en el centro principal de las demandas autonómicas ante el INSALUD a este nivel, y en una carga añadida sobre los presupuestos de inversiones del Instituto.

Un último aspecto a valorar entre las repercusiones de la forma en que se diseñó y aplicó la reforma de la atención primaria es el relativo a la integración del personal de enfermería en los Equipos de Atención Primaria.

Siguiendo las pautas descritas en el caso de los hospitales, la reserva de un papel independiente y no delegado de los médicos para este personal constituyó desde su inicio una característica peculiar de su integración. La definición de las tareas propias a desempeñar resultó más difusa, pero pronto se establecieron unas consultas de enfermería cuyo contenido principal, desempeñado a demanda, continuó siendo la administración de medicamentos prescritos por el médico, la toma de la presión arterial, u otras actuaciones similares⁵⁶. De manera llamativa, la presión asistencial de estas consultas fue desde su instauración significativamente menor que la de las consultas de los médicos generales y pediatras⁵⁷.

⁵⁵ Este instrumento de valoración de las políticas sanitarias se ha trasladado a otros fenómenos, como por ejemplo, la consideración de los efectos de la descentralización sobre el sistema sanitario. Puede servir de ejemplo Rico (1998).

⁵⁶ Con arreglo a los datos proporcionados por uno de los escasos trabajos con alguna información estadística que se vienen citando (Ruiz Jiménez, 1990) que constituyen la escasa información publicada sobre la aplicación de la reforma en sus primeros años, durante 1988 el 63% de la actividad de la consulta de enfermería era a demanda en el propio centro, un 26% programada (para el desarrollo de alguno de los programas antes citados), y el 10% restante en visitas domiciliarias. Cualquier comparación con las actividades de la enfermería en la atención primaria en otros sistemas sanitarios consolidados demuestra cómo en estos predomina, y goza de amplia tradición, la prestación de cuidados a domicilio, en especial en la atención y seguimiento de pacientes crónicos.

⁵⁷ Según la misma fuente, en 1988 el número promedio de consultas por profesional y día en los Equipos constituidos fue de 33 consultas para los médicos generales, 22 para los pediatras, y sólo 14 para la enfermería (en el mismo año se declaraba no cubierto un 59 de las plantillas orgánicas de enfermería. De

El análisis de las repercusiones profesionales del papel dado a la enfermería en la reforma de la atención primaria se une a la consideración más general de estas cuestiones, unida a la de las modificaciones introducidas en su actividad y situación en los hospitales antes descritas, en un apartado posterior.

Sin embargo, merece la pena resaltar aquí las consecuencias que tuvieron para la distribución de este personal entre los hospitales y los centros de salud las sucesivas convocatorias de plazas en los Equipos que se fueron constituyendo. Más arriba se ha explicado que la escasez de enfermeros especialistas en general, y más en concreto en las especialidades que se consideraron más afines al trabajo (mal definido) a desempeñar en los centros de salud provocó que el mérito de mayor valor en los concursos de acceso a las plazas resultase ser la antigüedad en el desempeño de cualquier otra plaza en el INSALUD. De resultados de ello, una parte significativa de la enfermería de mayor antigüedad y cualificación hospitalaria, atraída por los horarios sólo diurnos y normalmente sin rotación de turnos de mañana y tarde, optó por solicitar las plazas indicadas, provocando un deterioro difícil de cuantificar de la atención hospitalaria, en especial en centros y servicios que debían soportar mayores cargas de trabajo. A su vez, el beneficio para la función a desempeñar en la atención primaria fue escaso, pues la mayor parte de ese personal carecía de la formación y la experiencia necesarias para tomar la iniciativa del desarrollo de unas funciones, por otra parte mal definidas, en las plazas de nueva creación.

d) Los cambios en la gestión de los hospitales del INSALUD.

Separar en apartados distintos la “reforma hospitalaria” a la que se ha hecho referencia en el apartado anterior y los cambios producidos en la gestión de los hospitales del INSALUD no es tampoco una decisión metodológicamente arbitraria. Responde, por el contrario, a la realidad de que durante el período que se está analizando, los años transcurridos entre el acceso del PSOE al gobierno de la nación y la promulgación de la Ley General de Sanidad, es decir, entre 1982 y 1986, ambas políticas, como ocurrió también en el caso de la atención primaria, tuvieron un desarrollo casi por completo independiente.

haberlo estado, el promedio de consultas por profesional y día en esta categoría profesional habría sido aún más significativamente reducido, lo que permite poner en cuestión los criterios de definición de las plantillas orgánicas correspondientes). Todos ellos tenían establecida la misma jornada, y la obligación de prestar la asistencia a demanda, la programada, y las visitas a domicilio.

En ese desarrollo en paralelo, escasamente integrado, al Ministerio de Sanidad le correspondía de manera natural el desarrollo de las líneas políticas generales y la elaboración de las normas del mismo carácter, aunque su aplicación tuviera como ámbito principal el de los centros dependientes del INSALUD, cuya responsabilidad no se había traspasado en su mayor parte a las CCAA. Por su parte, el Instituto, a pesar de tener rango de Dirección General, manejaba de manera independiente y sin subordinación a la Subsecretaría del Departamento su propio presupuesto (de una cuantía más de 100 veces mayor a la del presupuesto del Ministerio), en relación directa con el Ministro, ejerciendo también de manera directa la responsabilidad de la gestión de las instituciones sanitarias y de todo su personal.

Esa situación orgánica y funcional dio lugar a que, como se ha comentado en el apartado anterior de manera amplia, tanto en el caso de las normas referidas a los hospitales (cuyo único ámbito de aplicación directa eran los del propio INSALUD) como en el caso de la atención primaria (donde las normas eran de aplicación también al ámbito de colaboración con las CCAA), el Instituto se sintiera poco implicado en la elaboración de las normas, y menos aún en su aplicación. Para imponer su criterio en sus centros propios le bastaba, como ocurrió de hecho, con destinar el nivel de recursos que considerase adecuado para la aplicación de las normas aprobadas. Esa actitud, como se ha comentado también, resultó aún más facilitada por el cese de quienes, aún dentro de la limitación de éstas, habían promovido las normas. Quienes vinieron a sustituirlos entraban bien enseñados por la experiencia del resultado de mantener criterios distintos. Pero aún antes de que los primeros responsables fueran cesados, las decisiones sobre la gestión de los centros del INSALUD, en especial de los hospitales, se adoptaron con un grado de autonomía suficiente como para que se puedan considerar representativos de los criterios políticos que guiaban su aplicación.

A estos efectos resulta de especial valor el desarrollo durante 1984 de un llamado “Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria” (Instituto Nacional de la Salud, 1984), cuya presentación en sociedad tuvo lugar en el Congreso de Hospitales celebrado aquel año. El “nuevo modelo” consistía en esencia⁵⁸ en el establecimiento de un sistema de indicadores para conocer y medir la actividad hospitalaria.

⁵⁸ En el documento editado por el Instituto se introduce también un capítulo sobre “humanización de la asistencia”, con una carta de derechos y deberes de los pacientes y la previsión de realizar encuestas de satisfacción a éstos, que, sin embargo, por la forma en que está presentado, tiene un carácter marginal al objetivo central del modelo, que es el establecimiento del sistema de indicadores que se describe en el texto.

La elaboración de un sistema de indicadores que permitiera empezar a conocer la situación y la actividad de los centros hospitalarios, por otra parte los mayores centros de gasto del sistema sanitario, resulta inobjetable, dada la precariedad de los datos de que se disponía hasta entonces. Sin embargo, lo que resulta peculiar del “modelo” y, sobre todo, es expresivo de la orientación política que subyace a su introducción, es la forma de elaboración de los datos básicos que se plantea en el mismo: siguiendo pautas estrictamente “tayloristas” de valoración del trabajo, el modelo atribuía tiempos determinados a la realización de cada una de las actividades de los distintos servicios de especialidad, de las áreas de actividad (quirófanos, servicios diagnósticos centralizados, hospitalización, consultas), y aún de las categorías profesionales (médicos, personal de enfermería). De la comparación entre los valores predeterminados y las cifras reales de actividad se deducía como resultado principal el rendimiento del centro en términos de eficiencia, y el de cada uno de sus servicios y grupos de personal. En la formulación del modelo, los enfoques sobre los resultados y la calidad de la atención estaban casi ausentes por completo.

Es destacable la coincidencia del desarrollo del modelo descrito con el escaso interés puesto por los responsables del Instituto en la modificación mediante normas de las situaciones que podían contribuir a la mejora de la productividad de los centros y del personal, que es su activo más importante (desde las condiciones retributivas y el establecimiento de incentivos de una u otra manera vinculados al rendimiento, a la modificación de la jornada laboral y de funcionamiento de los centros, modificaciones en la organización que pudieran contribuir a ello, o el régimen de dedicación del personal, al que se hace referencia en un apartado siguiente). Esa actitud puede considerarse demostrativa de que el interés por la eficiencia del sistema sanitario por parte del responsable del Ministerio y del Gobierno al que pertenecía se concentraba sólo en una de las partes determinantes de su valoración, en concreto la reducción del gasto, o al menos la ralentización del ritmo de crecimiento que había mantenido éste en los últimos años.

Que el objetivo central era ése, o que, al menos, ése fue el resultado obtenido por las medidas de gobierno aplicadas, se puede confirmar mediante la observación de algunas cifras de gasto sanitario durante el período indicado. Como puede observarse en la Tabla 6 siguiente, a partir de un aumento del gasto sanitario público desproporcionado al ritmo de crecimiento anterior que tuvo lugar en 1983, desde 1984 y hasta 1987, y pese al aumento del gasto en pesetas corrientes, el ritmo de crecimiento de

esa parte del gasto expresado en pesetas constantes de 1986 fue sucesivamente negativo (1984), nulo (1985) y escaso (1986).

Tabla 6. Evolución del gasto sanitario público entre 1977 y 1990 en pesetas corrientes y constantes de 1986 en índices de valor, volumen y precios asociados.

Año	Gasto en ptas. corrientes.	Gasto en ptas. constantes de 1986.	Índice de valor base 1986	Índice de volumen base 1986	Índice de precios base 1986	Variación anual del GSP en ptas.corrientes	Variación anual GSP en ptas. constantes 1986	Variación anual de precios sanitarios públicos
1977	390.262	1.187.008	26,90	81,82	32,88	36,46	9,85	24,23
1978	495.151	1.263.883	34,13	87,11	39,18	26,88	6,48	19,16
1979	576.681	1.269.066	39,75	87,47	45,44	16,47	0,41	15,99
1980	686.561	1.348.233	47,32	92,93	50,92	19,05	6,24	12,06
1981	780.045	1.312.580	53,77	90,47	59,43	13,62	- 2,64	16,70
1982	926.741	1.387.282	63,88	95,62	66,80	18,81	5,69	12,41
1983	1.148.110	1.517.072	79,14	104,57	75,68	23,89	9,36	13,29
1984	1.206.207	1.391.699	83,14	95,92	86,67	5,06	- 8,26	14,52
1985	1.293.318	1.393.122	89,49	96,02	93,19	7,64	0,10	7,53
1986	1.450.824	1.450.824	100	100	100	11,75	4,14	7,30
1987	1.642.542	1.562.754	113,21	107,71	105,11	13,21	7,71	5,11
1988	2.016.706	1.824.151	139,00	125,73	110,56	22,78	16,73	5,19
1989	2.299.054	1.979.567	158,47	136,44	116,14	14,00	8,52	5,05
1990	2.730.865	2.230.229	188,23	153,72	122,45	18,78	12,66	5,43

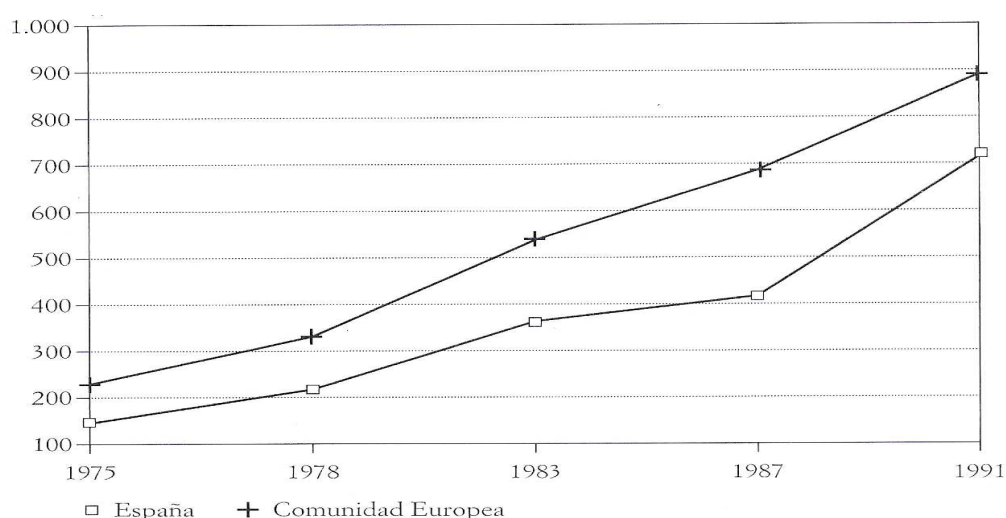
Fuente: Tomado de Evaluación de las políticas de servicios sanitarios en el Estado de las Autonomías. Vol. I
López Casasnovas G. (Dir.)
Bilbao. Fundación BBV 2001, p. 299

En términos comparativos, y conforme a lo que se observa en los gráficos 3 y 4 (tomados de Navarro, 1995), en el plazo comprendido entre 1983 y 1987, descontado el efecto de la inflación, el lento crecimiento del gasto sanitario público por habitante se tradujo en un descenso del gasto real, que nos separó aún más en cifras de poder paritario de compra del nivel de los países de la entonces Comunidad Económica Europea. En términos porcentuales, ese mismo parámetro en relación con el mismo valor en el ámbito de la Comunidad Económica Europea descendió desde un porcentaje del 73%, en que se había mantenido en los años anteriores, hasta el 60%. Todo ello demuestra el éxito obtenido en el control del gasto; pero también permite considerar los efectos perversos de la nueva ampliación del diferencial en esos parámetros que nos separaba del resto de países europeos más desarrollados en un momento en el que el objetivo era precisamente el contrario.

Tal resultado de reducción drástica del crecimiento del gasto podría considerarse en una interpretación extrema como en línea con los objetivos de reducción y control del gasto público establecidos en los pactos de la Moncloa en 1978, pactos cuyas

razones y planteamientos escapan a las posibilidades de exposición de este trabajo⁵⁹. Pero de aquellos objetivos sólo se tomó una parte, la de las políticas de austeridad, incluyendo la moderación salarial, olvidando, por el contrario las previsiones de introducir modificaciones estructurales en los servicios, incluídos los sanitarios, que mejorasen su productividad y, por esa vía, su eficiencia. Objetivo éste de mayor importancia aún si se pretendía extender la cobertura de estos servicios promoviendo la universalización del derecho a la protección de la salud.

Gráfico 3. Evolución del gasto sanitario público por habitante en poder paritario de compra (en dólares) en España y en la Comunidad Europea entre 1975 y 1991.



El lento crecimiento del gasto sanitario público español en poderes paritarios de compra durante el período 1983-87 se tradujo en un descenso del gasto real, al descontar el efecto de la inflación.

Fuente: OCDE (CREDES), 1993.

Fuente: Navarro, 1995.

Resulta, por el contrario, expresivo de una escasa convicción reformista propia respecto de los servicios sanitarios por parte del Partido Socialista que se pueda observar la coincidencia en objetivos y actuaciones de tales políticas con las diseñadas para con los servicios públicos, no sólo los sanitarios, en sus países respectivos en fechas cercanas al período que se está analizando por los gobiernos conservadores de Margaret Thatcher y Ronald Reagan. Si hacemos caso del análisis de las políticas en esos países y bajo esos gobiernos hecha por algunos autores, de la descripción

⁵⁹ Un análisis de la situación económica que justificó la firma de los Pactos no sólo por los partidos políticos, sino también por los agentes sociales (sindicatos y organizaciones empresariales), como contribución imprescindible para la consolidación de la democracia en España puede encontrarse en Fuentes Quintana (1988), p. 40-42.

cronológica de las medidas que ambos gobiernos adoptaron en sus países respectivos se deducen como rasgos comunes:

Gráfico 4. Evolución del porcentaje del gasto sanitario público en poder paritario de compra (PPC) en España respecto a la Comunidad Europea entre 1975 y 1991.



Fuente: Navarro, 1995

“1)En el plano general, la gran importancia de un control más estrecho del gasto en los servicios públicos, tanto en el nivel macro como en el macroeconómico(límites monetarios, planificación monetaria y aumento del control salarial...las reducciones de plantilla y la promoción de la competitividad).

2)Desde primeros de los ochenta, los conservadores dieron gran realce a la descentralización de las responsabilidades gestoras, una vez que hubieran sido fijados centralizadamente los objetivos financieros y otras directrices relacionadas con la eficiencia. Aunque las pruebas en este terreno no son tan evidentes como en el tema anterior, pueden citarse a título de ejemplo la multiplicación de los “centros de gasto”, la promoción de las iniciativas tendentes a reducir el personal, el deseo evidente del gobierno de abandonar los índices fijos de pago a nivel nacional para los salarios públicos, la implantación creciente de remuneraciones basadas en los meritos personales, el interés expreso del Tesoro en modificar los salarios según las regiones y la promoción de las agencias ejecutivas. Sin embargo, hay que colocar un signo de

interrogación en cómo se están llevando a cabo estas políticas en la práctica. El Tesoro presiona para que se mantenga el control centralizado del gasto público...

3)El desarrollo de una línea gerencial que...podría calificarse de “neotaylorista”. Las columnas principales, citadas ad nauseam en los documentos oficiales, son la delimitación clara de objetivos y la recompensa de los funcionarios que obtienen “resultados” mediante pagas, promociones, y otra clase de recompensas. El fortalecimiento y la promoción de la gerencia aplicada es una cuestión que se repite constantemente. Hay muy poco reconocimiento oficial...de las complejidades que rodean normalmente a un lugar de trabajo, de las opiniones y aspiraciones laborales,... de la amalgama de tendencias cognoscitivas y motivacionales que determinan la adopción de decisiones...y de las interdependencias interinstitucionales...”(Pollit, 1990, p. 78-79).

Tan larga cita, que no se ajusta en todos sus extremos a la situación que se está describiendo, se justifica porque en ella se incluyen medidas y orientaciones que, si bien no se pusieron en práctica durante el período analizado, sí lo fueron después, cada una de la manera peculiar que corresponde a nuestro país, por otros gobiernos socialistas, y luego del Partido Popular de manera difícil de distinguir, que sucedieron al que actuó durante el período que se está analizando. A esas otras medidas, entre otras las relativas a la descentralización y el enfoque “gerencial” en la gestión de los centros, se hace referencia en los apartados siguientes correspondientes a cada período respectivo. Pero todas ellas formaban parte de una misma orientación para con los servicios públicos, con independencia de que en cada fase y en cada país resultase prioritaria o más apropiada la adopción de algunas de ellas.

Durante el período que se está analizando, y conforme a las descripciones que vengo haciendo, las medidas que se adoptaron de manera más firme fueron las dirigidas al control del gasto público sanitario. Y para ello el “nuevo modelo” al que se ha hecho referencia desempeñó un papel principal. La valoración previa de la supuesta eficiencia de cada servicio con los métodos establecidos en el modelo se estableció en el territorio gestionado por el INSALUD, que todavía era la mayoría más amplia, como requisito imprescindible para la consideración de la ampliación de cualquier plantilla hospitalaria y para la decisión de la apertura o ampliación de nuevos centros y servicios.

En consonancia con el objetivo prioritario del control del gasto, en este período inicial se reforzó también el control central de las decisiones de uno y otro carácter, sin que la designación de directores-gerentes que se ha descrito antes determinara la

apertura de ningún margen de discrecionalidad por su parte en cualquiera de los dos ámbitos citados. Cualquier decisión en esos terrenos dependía de su autorización expresa por los órganos centrales del INSALUD encargados de su control.

A la vez, las políticas salariales siguieron las pautas de control estricto que ya se han citado, y las normas dirigidas a la modificación de la jornada y la dedicación a las que se ha hecho referencia, tuvieron los resultados reducidos que cabía esperar del escaso interés puesto por la entidad gestora en su diseño y aplicación.

Lo que resulta más paradójico es que, si las prioridades del gobierno en el ámbito sanitario eran las que se han descrito, no se pusieran de manifiesto de manera expresa. Lo que se podría haber acompañado de la justificación de esa prioridad; o de la exposición de un calendario para entrar en la reforma de un sector cuya modificación resultaba necesaria, no sólo por las demandas que pudiera haber desde la población, que ya se ha dicho no estaban mayoritariamente expresadas, sino también como consecuencia de las nuevas perspectivas de distribución territorial del poder que había abierto la Constitución.

Por el contrario, permitir la puesta en marcha de reformas escasamente discutidas, y sobre todo asumidas, no sólo hipotecó el desarrollo de aquéllas y el apoyo de los grupos profesionales más inclinados a ciertas líneas de reforma. Visto de manera retrospectiva, también contribuyó a evitar un debate en profundidad de las reformas necesarias. Y, en todo caso, permitió que se impusieran sin ninguna contradicción los criterios de quienes tenían claros sus criterios e intereses, entre ellos los sectores económicos más “liberales” del gobierno, y los de los proveedores y otros agentes del sistema sanitario, cuyas posibilidades de beneficio dependían en buena parte de la orientación que adoptase la reforma del sector.

e) Los traspasos a las CCAA.

La política de traspasos a las CCAA en las materias de “sanidad e higiene”, incluyendo en ellas los conceptos, bienes y servicios que se han descrito en el apartado correspondiente del período anterior, continuaron en este período, como se ha descrito allí y puede observarse en los dos apartados del cuadro 1, hasta que dar prácticamente cerrados, salvo aspecto puntuales⁶⁰, durante el mismo.

⁶⁰ Uno de ellos, la competencia sobre ordenación farmacéutica, se fue traspasando posteriormente a todas las CCAA. Con independencia de la importancia que se quiera atribuir a esa competencia, su traspaso no supuso el de un número significativo de funcionarios, lo que fue nulo en la mayoría de los casos. Lo

Como resultado de todo ello, la Ley General de Sanidad, que debía supuestamente venir a definir el marco general de las actuaciones sanitarias y establecer el papel de unas y otras administraciones en su realización, se encontró con el terreno ya acotado en estas materias, y traspasados esta parte de los servicios, cuya forma de coordinación debía también determinar la Ley. Como ya se ha señalado en un apartado anterior, esta situación provocó que en la referencia a la coordinación que se hizo en la Ley, al que se hace alusión también más adelante en el apartado correspondiente a esta última, la interpretación y extensión del concepto de coordinación, así como los instrumentos y mecanismos fijados en la Ley para desarrollarla, se redujesen a lo que ya había recibido el refrendo expreso del Tribunal Constitucional, sin avanzar ni un ápice respecto a ello, y sin posibilidad alguna de hacer una interpretación extensiva del pronunciamiento constitucional.

En cuanto a los traspasos en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social, durante este período tuvo lugar el traspaso de ésta a la CA de Andalucía, que tras una dura pugna con el propio gobierno socialista central afín al que gobernaba aquel territorio, obtuvo su reconocimiento como autonomía “de primera”, lo que incluía además de otras cosas la posibilidad de asumir el traspaso de esta competencia sin efectuar modificación previa de su Estatuto.

Alcanzada esa situación, el gobierno autónomo se lanzó en cuanto pudo a lograr el traspaso en esta materia, que, como en el caso de Cataluña, le suponía a la administración autonómica un incremento sustancial en su capacidad de gasto y, en consecuencia, en su poder, además de abrir las puertas de algunas reformas cuya aplicación no estaba siendo posible en el resto del territorio del INSALUD. A este respecto no se debe tampoco olvidar que el Consejero bajo cuya responsabilidad se gestionó este traspaso había sido uno de los proponentes de un modelo de carrera profesional que había tenido una buena acogida entre los profesionales más afines a las reformas.

Así las cosas, cuando se efectuó este traspaso tampoco se disponía de un modelo general al que acoplarse para llevarlo a cabo ni para determinar su valor económico, un aspecto esencial en cualquier proceso de este carácter.

mismo ocurrió con la valoración económica directa de los servicios traspasados. Por esa razón no se considera justificado modificar el cuadro anterior, cuyo sentido general en la línea de indicar la prioridad de los traspasos realizados en las materias a las que se alude en este caso, queda mejor resaltado sin tal modificación.

El criterio adoptado de manera teórica fue el de la proporción que suponía la población protegida que existía en Andalucía respecto a la población total protegida en el área sanitaria⁶¹. Como quiera que no se disponía de datos fehacientes respecto a este último dato, ni en el ámbito de Andalucía ni en la totalidad del INSALUD, en el Real Decreto (el 400/1984, de 22 de febrero) por el que se regularon las condiciones del traspaso se establecía la previsión de determinar esos datos, mediante la implantación de la tarjeta sanitaria individual, a lo largo de 1984. Por ello, como criterio transitorio se decidió adoptar como base de distribución el coste de los servicios *“según la liquidación del presupuesto de 1983, y, mientras no se efectúe ésta, las previsiones de liquidación disponibles”*.

Estas previsiones resultan suficientemente expresivas de la carencia de datos en la que se movía la administración del INSALUD en aquella época, por lo que cabe suponer el grado de arbitrariedad con el que se estableció una valoración global del valor del traspaso económico, que se fijó inicialmente en el 17,15%. Determinada durante 1984 la población protegida, el porcentaje andaluz ascendió al 17,47%. En todo caso, y como garantía escrita de limitación de esa supuesta arbitrariedad, el Real Decreto recogía también una previsión de que *“durante un plazo de diez años a partir de 1 de enero de 1986, y a fin de garantizar el coste de los servicios transferidos o evitar grandes distorsiones en la financiación real actual, la diferencia entre éstos y lo que le correspondería de aplicar el coeficiente de población protegida se reducirá en un 10% de dicha diferencia cada uno de los citados diez años”*⁶².

Siguiendo el modelo de traspaso presupuestario global, y no por conceptos y capítulos, que se estableció tras el período inicial del traspaso de los mismos servicios a Cataluña, el traspaso presupuestario se hizo conforme a esas pautas. Una cláusula introducida en el Real Decreto (letra i) del Anexo) preveía que *“la Comunidad Autónoma de Andalucía vendrá obligada a presentar ante el INSALUD, con carácter mensual, la documentación que a efectos estadísticos se dicte”*. El incumplimiento de

⁶¹ Este criterio no se aplicaba a la inversión nueva, en cuyo caso se aplicaría el porcentaje de población de derecho, menos favorable a la CA andaluza (el porcentaje aplicado fue del 17,09 durante 1984 y 1985).

⁶² Curiosamente, esa previsión tuvo una aplicación a la inversa: adaptado en el año 1992 el cálculo de la población protegida al censo de 1991, una Resolución del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de 23 de noviembre de 1993 determinó aplicar con carácter retroactivo la adaptación, en este caso de sentido positivo, a partir de 1986, para acabar en 1992, del porcentaje de población protegida establecido con arreglo al censo anterior de 1981 (el 17,47%) hasta alcanzar el nuevo porcentaje de población protegida de Andalucía calculado con arreglo al censo de 1991 (el 17,72%). La evolución del porcentaje aplicado desde 1984 hasta 1997 a cada una de las CCAA que fueron recibiendo el traspaso del INSALUD puede verse en la Tabla 7 anterior.

esta cláusula por parte del gobierno central fue similar al de otras obligaciones estadísticas establecidas más adelante en la Ley General de Sanidad, lo que contribuyó de manera importante al desconocimiento de la situación de la economía sanitaria de las CCAA del que todavía adolecemos. A su vez, tal desconocimiento contribuyó siquiera de manera parcial a justificar que la única solución para lograr un mejor control del gasto sanitario era ceder la responsabilidad financiera para la obtención de los recursos a las CCAA, que son las que efectúan el gasto. Ésta es la base del sistema de financiación sanitaria actual, establecido en diciembre de 2001, al que se hace referencia más adelante.

Tabla 7. Porcentajes del presupuesto global del INSALUD asignados a las CCAA que recibieron los traspasos de éste entre 1981 y 1997.

Comunidad Autónoma y año de traspaso	1981-1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	Porcentajes a partir del nuevo plan de financiación establecido en 1994.			
												1994	1995	1996	1997
Cataluña (1981)	---	16,30	16,25	16,20	16,15	16,13	16,05	16,00	15,95	15,90	15,85	15,90	15,99	15,99	15,99
Andalucía (1984)		17,47	17,47	17,51*	17,55	17,59	17,63	17,67	17,71	17,72	17,72	17,72	17,72	17,72	17,72
Valencia (1987)						9,62	10,18	10,82	10,18	10,18	10,18	10,18	10,09	10,07	10,05
País Vasco ** (1987)						5,72	5,72	5,72	5,72	5,72	5,72	5,684	5,648	5,612	5,576
Galicia (1991)									6,044	6,158	6,272	6,462	6,651	7,03	7,03
Navarra *** (1991)									1,185	1,185	1,185	1,222	1,259	1,296	1,33
Canarias (1994)												3,917	3,910	3,904	3,896

* Porcentaje a partir de 1986 asignado con efectos retroactivos por Resolución del Mº Trabajo y SS de 23 Noviembre 1993.

** y *** Porcentajes con cargo al Presupuesto del INSALUD. La asignación total de recursos se hacía sin embargo, para el País Vasco, por el porcentaje del Cupo (6,24%) y para Navarra por el índice de importación de la aportación foral al Estado (1,6%).

Fuente: Presupuesto del INSALUD
Capítulo 3 en La elaboración de los Presupuestos de la SS.
Barea Tejeiro (compil.). Madrid. Farmaindustria. 1996

Lo mismo que ocurrió con otras previsiones, algunas de las cuales ya se han comentado, el modelo de valoración económica de los traspasos establecido en el traspaso de estos servicios a Andalucía es el que quedó fijado después en la Ley General de Sanidad. Pese a todo, como se explica más adelante, el modelo encerraba suficientes márgenes de ambigüedad (sobre todo en la valoración de la población protegida) como para permitir aplicaciones distintas según el grado de afinidad política del gobierno central con el que recibía en cada caso el traspaso. De cualquier forma, los siguientes traspasos en esta materia no se realizaron hasta después de que la Ley 14/1986, General de Sanidad, resultase de aplicación.

Desde otro punto de vista, aunque es seguro que las razones por las que Andalucía solicitó el traspaso de estos servicios con la precocidad que lo hizo no fueron muy diferentes de las esgrimidas en el caso de Cataluña, los efectos del traspaso no fueron tan divergentes en cuanto a diferenciación del modelo sanitario respecto al general como los que tuvieron lugar de manera más inmediata en el caso de Cataluña. En este último caso la propia estructura sanitaria catalana era bastante diferente a la de la mayoría de los restantes territorios del Estado en algunos aspectos; uno de ellos era la existencia de una red de hospitales de mediano tamaño dependientes de las corporaciones locales, y en otros casos de entidades sin ánimo de lucro o de Mutuas o aseguradoras privadas, que constituía un complemento muy valorable a la red hospitalaria de la Seguridad Social, que en otras CCAA era la base principal y casi única sobre la que se podía basar la atención de ese nivel. El desarrollo de esas características diferenciales dio progresivamente lugar a una diferenciación del modelo catalán respecto al desarrollado inicialmente por el resto de las CCAA a medida que iban recibiendo el traspaso del INSALUD (o incluso, como modelo teórico, antes de recibir el traspaso). Esto ocurrió sobre todo a partir de la promulgación en 1990 de la primera Ley de ordenación sanitaria de Cataluña. En el caso andaluz su estructura sanitaria carecía de esas características diferenciales, e incluso su desarrollo se constituyó inicialmente en avanzadilla de algunas de las reformas que se pretendieron desarrollar, con menor o nulo apoyo, en el ámbito del INSALUD.

f) Las políticas relacionadas con el personal sanitario.

Se trata también de un terreno en el que las políticas que (por activa o por pasiva) se llevaron a cabo durante este período, pese a no tener una traducción normativa muy amplia, marcaron de manera significativa los desarrollos posteriores del sistema sanitario español.

El análisis se refiere ante todo a dos profesiones distintas, los médicos y el personal de enfermería, que son los dos grupos profesionales sobre los que se asienta principalmente, en España como en otros países, nuestro sistema sanitario.

f.1) Los médicos.

En apartados anteriores se han hecho ya distintas referencias a los resultados derivados de la exclusión por parte del Partido Socialista de políticas reformistas en cuanto a la organización y dedicación de los médicos, en especial de los de los hospitales.

A esos aspectos, que no merece la pena reiterar aquí, hay que añadir otros dos aspectos complementarios.

*El primero de ellos, la aplicación de una Ley, la de incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas, que se publicó en diciembre de 1984⁶³.

No se trataba de una ley específica dirigida al personal sanitario. En todo caso, la Ley, la 53/1984, de 26 de diciembre, sí contenía disposiciones específicas dirigidas a hacer desaparecer situaciones peculiares que se daban especialmente en el ejercicio de la profesión médica en el ámbito público, y a establecer como principio general de este ejercicio la dedicación de cada médico a un solo puesto de trabajo en el mismo ámbito.

La necesidad de esta Ley para el caso de los médicos habría que ponerla en relación con un desarrollo progresivo y multifocal de las distintas modalidades de aportación sanitaria a las responsabilidades públicas: a mediados de los años 80 todavía se podían contabilizar más de diez departamentos ministeriales con responsabilidades sanitarias de uno u otro carácter, incluídas distintas formas de cobertura de servicios asistenciales para grupos o colectivos diferentes. Un segundo aspecto característico de esa situación era el nivel retributivo de muchos de esos puestos: a cambio de dedicaciones escasas, legal o prácticamente reconocidas en muchos casos (y simultáneas habitualmente con el ejercicio privado), las retribuciones obtenidas en muchos de ellos eran igualmente reducidas, e inferiores a las obtenidas por otros profesionales del mismo nivel de titulación con un grado de dedicación normal.

Ese conjunto de circunstancias específicas provocaban que el 57% del total de expedientes de incompatibilidad tramitados por el Ministerio para las Administraciones Públicas (MAP), que fue el encargado de llevar a cabo la aplicación de la Ley, pertenecieran a personal sanitario. De ellos, el 73% correspondían a personal médico, un 24 % a diplomados, sobre todo personal de enfermería, y sólo un 3% a otros niveles inferiores de titulación. Esta situación era diferente al de las restantes administraciones y servicios públicos: en ellos, los expedientes de incompatibilidad del personal con titulación superior suponía el 46%, repartiéndose el 54% restante de manera homogénea entre otros niveles de titulación.

Esa perspectiva del ejercicio profesional basada en el desempeño de múltiples puestos de trabajo con escasa dedicación y retribución había cambiado para los

⁶³ Los comentarios siguientes sobre esta Ley están basados en un artículo del propio autor de este trabajo (Rey, 1998e), que participó desde el Mº para las Administraciones Públicas en la aplicación de esta Ley.

profesionales que se habían comenzado a formar a través del sistema MIR. Por ello, las situaciones de incompatibilidad se concentraban en los grupos de médicos de mayor edad que, sin embargo, concentraban también el “poder” profesional (las jefaturas clínicas de los servicios) y corporativo. Algunas cifras pueden proporcionar una idea más aproximada de la situación:

- un cálculo basado en los expedientes de incompatibilidad de personal médico tramitados en comparación con el número total de médicos de distintos grupos permite considerar que el desempeño de varios puestos públicos afectaba a alrededor de un 5,5% del total de médicos colegiados, y a no más del 10% de los médicos de la red sanitaria, tanto hospitalaria como extrahospitalaria, de la Seguridad Social; y dentro de ésta, a alrededor del 20% de los médicos “de cupo”, tanto médicos generales como especialistas extrahospitalarios.
- Esa situación era diferente en otros grupos: en cifras reales, mantenían más de un puesto público el 61% de los médicos forenses; la práctica totalidad de los médicos del Registro Civil; el 67% de los médicos del Ayuntamiento de Madrid; el 62% de los médicos del Hospital Gregorio Marañón (dependiente de la Comunidad de Madrid, como receptora de los servicios dependientes de la Diputación provincial; la proporción podía considerarse similar a la de otros hospitales provinciales); ó el 52,45% de los médicos militares. En determinados hospitales dependientes de otras entidades (los Clínicos, dependientes del Mº de Educación; los de la Cruz Roja; los de ciertas corporaciones locales de mayor tamaño) la concentración de situaciones de desempeño de más de un puesto público era también elevada, en una proporción similar. En todos estos casos la situación más frecuente era el desempeño de un segundo puesto de trabajo en el ámbito de la red extrahospitalaria (de medicina general y especialistas no hospitalarios) de la Seguridad Social.
- Desde un punto de vista cualitativo, las situaciones de incompatibilidad se concentraban en grupos con gran presencia corporativa, sea por su control de las vías de representación profesional mas tradicionales (los Colegios de médicos) , sea por el dominio de Cuerpos o situaciones administrativas que les proporcionaban medios de influencia sobre los responsables políticos y administrativos de los servicios sanitarios correspondientes (así, algunos de los Cuerpos vinculados al Ministerio de Justicia; los médicos militares en el Ministerio de Defensa; o los grupos vinculados a ciertas administraciones

autonómicas o locales). Esta cercanía les proporcionaba la influencia necesaria para garantizar la tolerancia de situaciones de incompatibilidad manifiesta en muchos casos (incompatibilidad horaria; desempeño de puestos de trabajo en localidades diferentes, a veces muy distantes), con el deterioro correspondiente de los servicios prestados, a cambio de no poner en cuestión la organización de muchos de ellos y obtener los beneficios derivados de la relación personal.

Ese conjunto de situaciones permite comprender por qué la Ley 53/84 estableció los supuestos de incompatibilidad previstos de manera pormenorizada en la propia Ley en relación con la puesta en marcha de las nuevas formas organizativas consideradas entonces como más adecuadas para el aumento de la eficacia y la eficiencia de los servicios (como ejemplos, la constitución de Equipos de Atención Primaria; la oferta de jerarquización de especialistas “de cupo”; o la integración de hospitales de otra dependencia, como hospitales Clínicos, de la Cruz Roja, o los de ciertas corporaciones locales, en la red sanitaria de la Seguridad Social. En este último caso, de la integración se derivaba la imposibilidad añadida de desempeñar dos puestos de trabajo diferentes al servicio de una misma entidad). A la inversa, en el caso catalán, que quedó desde le principio fuera de la aplicación de esa clase de reformas una vez recibido en 1981 el traspaso de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la aplicación de la Ley de incompatibilidades por la administración catalana fue aún más reticente y se retrasó aún más que la que se hizo en el ámbito del INSALUD.

En otros ámbitos, la aplicación de la Ley intentó seguir criterios similares de vinculación a procesos de reforma de los servicios correspondientes. Así ocurrió, por ejemplo, con el establecimiento de un régimen de concierto entre los hospitales dependientes del INSALUD y las universidades para el desempeño simultáneo (y la percepción de la retribuciones correspondientes) de puestos sanitarios y docentes. O con la ampliación de la jornada y dedicación, junto con otras condiciones de trabajo y especialización, de los médicos forenses, lo que se vinculó a la creación de los Institutos Anatómico-forenses. El Cuerpo Médico del Registro Civil, que se había separado del de forenses a mediados del siglo XIX, desapareció como cuerpo independiente, y sus miembros se integraron en el de forenses. Para el personal médico militar de determinados hospitales de ese carácter se estableció una retribución por guardias que no tenía cabida en las retribuciones militares generales, pero permitía aproximar discretamente la retribución de los especialistas militares a la de los de los hospitales públicos civiles.

Ese fomento de las actividades de reforma se potenció desde el ámbito desde el que se realizó la aplicación de la Ley, el MAP (inicialmente el Ministerio de la Presidencia, del que posteriormente se segregó el MAP), que tuvo que modular tal aplicación al avance de las reformas. Esa posibilidad de controlar el ritmo de aplicación de la Ley por otros Ministerios o Administraciones se debía, además de a razones de lógica, a la sistemática de resolución de las situaciones de incompatibilidad legal establecida en la propia Ley: aunque la resolución de incompatibilidad era finalmente dictada por el MAP, debía existir el informe y propuesta previos de las autoridades responsables de los puestos entre los que se produjera la situación de incompatibilidad.

De la ralentización del proceso, cuya aplicación comenzó en mayo de 1985, da idea el hecho de que de 10.672 expedientes de incompatibilidad de puestos públicos sanitarios iniciados, en 1990 estaban aún pendientes de resolver 4.700⁶⁴. Esa demora tiene que ver con el escaso interés puesto por las autoridades sanitarias, sobre todo en el ámbito del INSALUD, en el desarrollo de las reformas previstas en su propio ámbito, al que se ha aludido en apartados anteriores. Esa falta de interés facilitó la resistencia a llevar a cabo procesos de reforma en el ámbito de otras administraciones, como la militar o la de Justicia. En éstas, los médicos mantenían situaciones en las que la incompatibilidad derivaba con la mayor frecuencia del desempeño de otros puestos en la red sanitaria de la Seguridad Social, cuya reforma carecía de interés para sus propios gestores, por lo que lo más cómodo para los responsables de esas otras administraciones era mantener la situación.

La aplicación de la Ley, a partir de la actitud mantenida por el INSALUD en los primeros años a partir de su promulgación, coincidente con los últimos años de este período, se convirtió, a falta de un apoyo decidido a las reformas, en un proceso de disputa caso a caso entre los dos Ministerios, el de Sanidad, que no se sentía responsable de aplicar la Ley, y el de Administraciones Públicas, que era legalmente responsable de tal aplicación. A medida que los procesos de reforma en el ámbito del INSALUD se fueron diluyendo, la actitud de algunos gestores del INSALUD derivó en considerar la demora de la aplicación de la Ley a casos concretos bajo su responsabilidad directa a nivel provincial (Direcciones provinciales del INSALUD) o local (gerentes de algunos hospitales) como un indicador de su propia capacidad

⁶⁴ Uno de los colectivos con representación más amplia en ese grupo era el de médicos militares, a instancias de las propias autoridades militares, que fueron demorando las reformas retributivas y de dedicación de ese grupo, que finalmente se llevaron a cabo en los años 90.

“gestora”. De esa manera se iba contribuyendo a sustituir el establecimiento de incentivos generales para el conjunto de los médicos por la tolerancia siquiera temporal de situaciones irregulares por un grupo reducido de éstos, colocado además con frecuencia en posiciones determinantes de poder profesional.

El proceso, pese a todo, culminó en los primeros años 90 con la desaparición del desempeño de más de un puesto público sanitario por la práctica totalidad de los médicos, con la excepción de Cataluña⁶⁵. La perspectiva de que el desempeño de más de un puesto público era el mejor horizonte de progreso profesional parecía con ello haber quedado desacreditada de manera definitiva. Algunas actuaciones más recientes de las administraciones sanitarias de Cataluña y la Comunidad de Madrid a las que se alude en la nota anterior pueden poner en cuestión este criterio.

Es importante en todo caso señalar que todas las referencias a la Ley de incompatibilidades que se han hecho hasta aquí lo han sido a la incompatibilidad del desempeño de más de una actividad pública, sin ninguna referencia al desempeño simultáneo de actividad pública y privada, una cuestión muy relacionada con los incentivos establecidos para el desempeño de los puestos de trabajo en el ámbito público. Aunque la Ley 53/1984 sí contenía disposiciones al respecto, la solución prioritaria de las situaciones de desempeño simultáneo de puestos públicos provocó que desde un ámbito externo al sistema sanitario, como lo era el MAP, durante el período que se está comentando, y a instancias del propio Mº de Sanidad, no se entrasen a resolver las situaciones de incompatibilidad entre la actividad pública y la privada. Las intervenciones en este campo se produjeron en el período siguiente a la promulgación de la Ley General de Sanidad, por lo que las observaciones sobre esta cuestión se remiten a los comentarios que se realizan sobre ella en el análisis de dicho período.

*El segundo campo en el que se produjo una intervención significativa sobre la actividad profesional médica fue el de los MIR.

Los años comprendidos entre 1982 y 1986 figuran entre aquéllos en los que, frente a una salida de licenciados más abundante desde la Facultades de Medicina, y

⁶⁵ Allí las administraciones catalanas han permitido el mantenimiento de más de un puesto público, en especial en los centros extrahospitalarios de la Seguridad Social, hasta casi empalmar con las propuestas más recientes para resucitar esa situación formuladas para resolver un supuesto déficit de médicos (Diario Médico, 2007). Este tipo de propuestas, aunque con una base legal diferente, han sido también formuladas recientemente desde el ámbito de la Comunidad de Madrid (Goiri, 2008).

como puede observarse en la Tabla 3 anterior, se restringió de manera más decidida el número de plazas MIR incluídas en cada convocatoria⁶⁶.

Las razones formales que se invocaron para la justificación de tal política se basaban principalmente en estimaciones teóricas sobre las necesidades de especialistas en el conjunto del país (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986), una previsión difícil de establecer en ausencia de un modelo territorial de distribución de los servicios; en una mecánica rígida de acreditación de las posibilidades docentes de los centros sanitarios, establecida como justificación de la mejora de la calidad formativa de los especialistas, pero basada al menos en una parte de los casos en la falta de disponibilidad de determinados recursos en los centros, susceptible de subsanarse con una política de inversiones adecuada; en la atención al criterio de los grupos de poder en determinadas especialidades, que en ocasiones podría considerarse guiado por razones de interés corporativo para el mantenimiento de condiciones de restricción de la oferta que favoreciesen su control del ejercicio profesional en la correspondiente especialidad; y en algunos casos, en la restricción impuesta desde determinadas CCAA para la oferta de plazas formativas respecto de las que no se garantizaba la permanencia en el propio territorio de los especialistas formados una vez titulados.

Es seguro en todo caso que la restricción económica de las disponibilidades presupuestarias dedicadas a la formación postgraduada, en el marco de la restricción presupuestaria general a la que se ha hecho referencia anteriormente, jugó también un papel relevante, si no determinante, en la restricción de las plazas convocadas.

⁶⁶ Con respecto a los años anteriores a 1983, que son los que mejor expresan la reducción producida pero que, sin embargo, no figuran en la Tabla por no estar disponibles en la misma fuente, un “Informe sobre necesidades de especialistas médicos y de personal de enfermería” realizado en febrero de 1989 por la Inspección General de Servicios de la Administración Pública (IGSAP, 1989), el órgano encargado de la aplicación de la Ley 53/84, de Incompatibilidades, indicaba que “*en el período 1979-1989 la oferta anual (de plazas MIR) ha experimentado las siguientes variaciones:*

- 1) *Convocatorias anteriores a 1982: se ofertaba una media anual de 2.100 plazas, de las que el 50% se concentraba en 5 especialidades: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Cirugía General y Medicina Familiar y Comunitaria.*
- 2) *Período comprendido entre 1982 y 1986: las plazas se reducen de forma continua, descendiendo a un mínimo de 1336 en la convocatoria 1985-1986, lo que supone una disminución global media del 50%. Los descensos fueron superiores en la mayoría de las especialidades, ya que las plazas de Medicina Familiar y Comunitaria, Psiquiatría y Medicina Preventiva mantuvieron su oferta anterior...*
- 3) *Convocatorias 1987, 1988 y 1989; en ellas se invierte la tendencia anterior, incrementándose progresivamente la oferta hasta un máximo de 2908 plazas en la última convocatoria (1989), lo que representa un crecimiento del 30% respecto al año anterior y del 120% respecto a 1985. Estos incrementos afectan principalmente a las especialidades consideradas más deficitarias (Anestesia, Radiodiagnóstico, Traumatología, Cuidados Intensivos, Oftalmología), manifestándose sobre todo en la convocatoria de 1989”*

Los resultados de esta política restrictiva fueron múltiples, y en algunos casos fuera de las previsiones establecidas.

Entre ellos cabe citar en primer lugar la falta de especialistas de determinadas titulaciones en ciertos territorios, que ha sido crónica en algunos de ellos. Para resolver esa situación se recurrió desde un principio a dos vías de solución, que todavía hoy constituyen motivo de un conflicto no resuelto: en primer lugar, la ralentización de los procesos de racionalización del trabajo en el sector público que suponía la aplicación de la Ley de incompatibilidades y el principio general de desempeño de un solo puesto de trabajo en el sector público. Las necesidades perentorias de prestar ciertos servicios por personal con otros puestos públicos actúa siempre en el sentido negativo de permitir el condicionamiento de la organización del trabajo en los puestos correspondientes por el personal que se encuentra en esa situación.

La segunda vía de solución, practicada de manera recurrente, ha sido el recurso a la utilización de personal nacional o extranjero, en ocasiones traído de manera expresa de otros países, carente de la titulación correspondiente que permite el ejercicio de la especialidad⁶⁷. Esta vía de solución coincidió en aquellos años con la publicación de una norma, el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, que, en sentido contrario, eliminó la posibilidad de obtener el título correspondiente por vías ajenas al sistema MIR. Como consecuencia de las situaciones provocadas por la escasez de especialistas titulados por esa vía, pero también para dar salida a la obtención del título por médicos que pretendían obtenerlo por vías diferentes (y con menores garantías de cualificación) que estaban en vigor hasta que se publicó la norma citada, posteriormente se hizo necesario el establecimiento de vías extraordinarias para obtener la titulación, vías cuya repetición se ha prolongado hasta 1999⁶⁸.

⁶⁷ Este problema ha adquirido el carácter de crónico. Informaciones recientemente publicadas en una de las publicaciones profesionales de mayor difusión daban cuenta de que: “*Andalucía reconoce que cuenta con más de cien médicos sin titulación. El Servicio Andaluz de Salud (SAS) matiza que están en proceso de homologación*”. (Diario Médico, 7 marzo 2008, p. 1 y 7); ó que “*Madrid y Baleares admiten que tienen mestos de Pediatría. Extremadura reconoce que recurrió a ellos hace 10 años*” (Diario Médico, 24 marzo 2008, p. 1 y 6). Como se puede comprobar en esta última publicación, las declaraciones oficiales no concuerdan en muchos casos con las situaciones descritas por algunos colectivos afectados, que incluso han llegado a resumir su situación en una publicación (Tirado, E. *Estudio Mesto 1991-1998*).

⁶⁸ La primera de ellas, en desarrollo de la disposición transitoria primera del propio Real Decreto 127/1984, se estableció a los pocos meses de la promulgación de éste, mediante una Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 24 de abril del mismo 1984. Los supuestos contenidos en esta norma se referían en todo caso a situaciones en las que se podía demostrar el desempeño por plazos prolongados de una plaza de la especialidad, fuera ésta o no de carácter formativo.

La segunda, publicada mediante una Orden del Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno (por ser una disposición promovida de manera conjunta por los Ministerios de Sanidad y Educación) de 30 de diciembre de 1986, se refería ya a casos en los que los interesados “estimasen” que

Otro de los efectos no previstos de la restricción de plazas convocadas fué la creación de otra “bolsa” creciente de licenciados que, carentes del título que les habilitara para el ejercicio de una especialidad, no encontraban otra vía de acceso a trabajos retribuidos por el ejercicio de su profesión fuera del ámbito de la medicina general, y ésta sin ninguna experiencia ni formación específica previa. Esta situación de exceso de oferta constituía por sí misma una vía de presión contraria a la mejora de la calidad de la atención primaria, que tuvo un momento de crisis posterior cuando desde el ámbito de la Unión Europea se estableció el requisito añadido de la acreditación de al menos dos años de formación posgraduada también para el ejercicio de la medicina general en los sistemas públicos de cualquiera de los países de la Unión.

La norma que trasladó esa exigencia al ámbito español, añadiendo las situaciones que resultaban exentas de tal acreditación (los licenciados anteriores a 1995)

habían adquirido los conocimientos propios de cada especialidad sin haberlo hecho mediante una formación reglada. Para estos casos se preveía la realización de un examen.

Poco tiempo después, mediante una Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 4 de Junio de 1987 que desarrollaba otra disposición transitoria, en esta caso la tercera, del Real Decreto 127/1984, se regulaba la obtención del título de médico especialista por los profesores ayudantes y titulares de las Facultades de Medicina.

Un Real Decreto, el 1776/1994, de 5 de agosto, amplió la posibilidad de obtención del título de especialista en determinadas especialidades, como la Psiquiatría, en las que las convocatorias de programas de formación se habían hecho en diversos casos al margen de la convocatoria general.

Por último, otro Real Decreto, el 1497/1999, de 24 de septiembre, promulgado quince años después de que se regulase con carácter general la formación especializada y la obtención del título de especialista, estableció otra vez un “*procedimiento excepcional de acceso al título de Médico Especialista*”. Merece la pena recoger algunas frases del preámbulo de esta norma, que señalan de manera textual que “*circunstancias de índole histórica y de carácter interno, así como las propias normas europeas, han venido condicionando la estructura de la profesión médica en España, a la que afectan determinados problemas puntuales originados por un número inusualmente elevado de alumnos en la Facultades de Medicina durante al década de los años setenta y por una capacidad formativa del sistema sanitario inicialmente limitada. Ambos aspectos han sido ya suficientemente corregidos, pero las diferencias producidas con anterioridad determinaron que un cierto número de médicos no pudieran acceder a la formación especializada oficial. Ello, unido a la necesidad que en esa época existía de médicos especialistas en nuestro sistema sanitario, hizo que licenciados en Medicina accedieran a distintos hospitales, centros sanitarios y unidades docentes, iniciando una formación médica especializada no oficial, pero que bajo la supervisión de los correspondientes jefes de las unidades podría haber resultado equiparable, en determinados casos, a la establecida para cada especialidad... La situación planteada ha trascendido de los ámbitos docentes y sanitarios...*”.

La redacción del texto anterior, por otra parte incluido en el preámbulo de una norma promulgada por un gobierno del Partido Popular, exime de hacer muchos más comentarios acerca de las situaciones que se generaron a raíz de la restricción de plazas formativas en aquellos años. Los médicos que empezaron a trabajar entonces como especialistas sin título constituyeron un grupo tan caracterizado que se acuñó para ellos una denominación específica y descriptiva de su situación: la denominación adquirida fue la de “MESTOS”, siglas que responden a “médicos especialistas sin título oficial”. A este grupo, y a la vía correspondiente establecida en el Real Decreto 1497/1999 para resolver esta situación, se acogieron tan tarde como en la fecha indicada la mayoría de los pertenecientes a este grupo.

y los casos en que se debía reconocer la existencia de esa formación, fue un Real Decreto de 1993, el 853, de 4 de junio.

Como se ha descrito en el caso de los especialistas, esa norma dio lugar a diferentes vías excepcionales para la obtención del título de médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria⁶⁹, y a una masiva ampliación del número de plazas MIR en las convocatorias correspondientes a partir de 1995, de las que inicialmente una parte se reservaron a licenciados antes de ese mismo año.

Tanto los casos en los que se establecieron distintas vías para el acceso al título de especialista como aquéllos en los que se dieron situaciones diferentes para el acceso al de Medicina Familiar y Comunitaria dieron lugar a su vez a diferentes conflictos, a los que ya se ha aludido en un apartado anterior al hablar de la creación de esta especialidad, por la consideración de los méritos a computar en cada caso en los baremos de los concursos de acceso a plazas públicas de la especialidad correspondiente.

Una parte de la responsabilidad tanto de las necesidades de desarrollos normativos tan prolijos como de los conflictos del carácter señalado hay que atribuirlos en todo caso, por las razones que se han comentado, a algunas de las decisiones sobre la formación médica posgraduada adoptadas en el período entre 1982 y 1986.

f.2) El personal de enfermería.

Durante la dictadura, y siguiendo pautas de separación por sexos que eran especialmente patentes en el sector de la educación, la profesión de enfermería, entonces una titulación de grado medio, se encontraba dividida en dos ramas, establecidas por sexos: mientras los varones accedían a la titulación de “practicantes”, las mujeres eran las auténticas “enfermeras”. Hasta el acceso a ambas titulaciones era independiente, en escuelas de nivel medio distintas, en las que se mantenía la separación por sexos, pese a que ya en 1958 se estableció la equivalencia a efectos profesionales de ambos títulos.

Para los primeros se daban ciertos grados de autonomía en su ejercicio profesional, que tanto en el sector público como en el privado, pero habitualmente en el ámbito no hospitalario, se traducían en la existencia de consultas independientes,

⁶⁹ La primera de ellas, establecida por el Real Decreto 931/1995, de 9 de Junio. Éste fue derogado por otra norma posterior, el Real Decreto 1753/1998, de 31 de Julio, desarrollado a su vez mediante una Resolución del Ministerio de Sanidad y Consumo de 26 de marzo de 1999.

dirigidas sobre todo a hacer las curas y facilitar el suministro de la medicación por vía parenteral que hubiera sido prescrita por los médicos. Por su parte, las “enfermeras”, que desarrollaban un trabajo siempre subordinado a la ayuda al personal médico en sus distintas facetas y nunca independiente, lo llevaban a cabo tanto en el ámbito de la atención primaria como en los hospitales integradas en los mismos servicios que los médicos, y bajo la dirección superior (aunque pudieran existir jefaturas de enfermería subordinadas funcionalmente a ellos) de quienes desempeñaran la dirección de aquéllos. Este carácter auxiliar de su ejercicio se reflejaba en la denominación con la que se conocía la titulación correspondiente, que de manera distinta a la de los profesionales del otro sexo, era conocida como de “Ayudantes Técnicos Sanitarios” (ATS).

Conforme a los datos de un estudio realizado por el Ministerio para las Administraciones Públicas unos años más tarde (IGSAP, 1989), en el caso de la red sanitaria de la Seguridad Social, los “practicantes”, con consultas con jornadas no superiores a las 2 horas diarias y retribución por el número de cartillas atribuidas a cada uno, constituían el 10% del personal de enfermería. Por su parte, lo(a)s ATS de ambulatorios y consultorios, con jornada ordinaria y turno fijo de mañana o tarde, funciones auxiliares o de tipo administrativo (rellenar volantes, recetas y todo tipo de partes de baja o similares siguiendo la indicación de los médicos) y retribución fija por sueldo, representaban entre el 20 y el 25% del colectivo. Por último, lo(a)s ATS de los hospitales, con jornada ordinaria, funciones auxiliares habitualmente más complejas (que fueron dando lugar a la especialización de quienes desempeñaban sus funciones en ciertos servicios específicos, como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs), las de Nefrología (diálisis) y otras), turnos de mañana, tarde y noche, muchas veces de formas rotatoria, y retribución fija, suponían alrededor del 70% de las plantillas totales del personal de este nivel.

El cambio en la regulación académica de la enfermería comenzó en 1977, coincidiendo con los primeros pasos de la transición política: un Real Decreto, el 2128/1977, de 23 de julio de ese año, reguló la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, lo que suponía elevar un título que lo era de grado medio al primer nivel universitario, como una diplomatura.

Teniendo en cuenta ese cambio, la norma preveía un régimen transitorio con arreglo al cual *“quienes estén en posesión de los títulos de Practicante, Enfermera, Matrona o Ayudante Técnico Sanitario, tendrán, a la terminación del curso mil novecientos setenta y nueve-ochenta, los derechos profesionales y corporativos que, en*

su caso, se atribuyan a los nuevos Diplomados en Enfermería”. Pasar de ser una titulación de grado medio a una diplomatura tenía por sí mismo una consecuencia retributiva inmediata en el caso de los puestos desempeñados en el sector público, sin que para ello fuera necesario cambiar la forma de desempeño, y siempre que no se cambiase de puesto de trabajo. Pese a lo cual, la misma norma preveía también en su régimen transitorio que *“quienes se encuentren en posesión del título de Practicante, Enfermera, Matrona o Ayudante Técnico Sanitario y deseen obtener el título de Diplomado en Enfermería deberán superar en un plazo de cinco años, contados a partir del uno de enero de mil novecientos ochenta las pruebas de suficiencia que en atención a los estudio realizados se determinen por el Ministerio de Educación y Ciencia*”. Esta última disposición parecía principalmente dirigida a resolver en igualdad de condiciones la posibilidad cambiar de puesto de trabajo por quienes carecieran del título de diplomado correspondiente, para lo que se exigía el esfuerzo que podría suponer la superación de unas pruebas, que nunca llegaron a celebrarse.

En enero de 1980 una nueva disposición, el Real Decreto 111/1980, facilitó la homologación (*“con los mismos derechos profesionales, corporativos y nominativos”*) de los títulos de ATS al de Diplomado en Enfermería⁷⁰. La nueva norma hacía derogación expresa de las disposiciones transitorias del Real Decreto anterior citadas, autorizando *“al Ministerio de Universidades e Investigación para que dicte las normas que considere precisas para el establecimiento de un curso de nivelación de conocimientos a efectos de la convalidación académica del título de ATS por el de Diplomado en Enfermería*”. Esta expresión suponía en la práctica suprimir la referencia a la prueba de suficiencia y facilitar la universalización de la homologación del título sin ninguna otra condición.

Una Orden del Ministerio de Educación y Ciencia de 15 de Julio del mismo año 1980 estableció los contenidos de ese curso, cuyas enseñanzas se impartirían por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), cuya primera convocatoria tuvo lugar mediante otra orden ministerial de 11 de noviembre de ese mismo año, y se repitió en el siguiente. Dos años más tarde, pocos días antes de que el Partido Socialista ganase sus primeras elecciones, una Resolución de 18 de Octubre de 1982 de la

⁷⁰ Un Real Decreto previo, el 2038/1978, de 23 de Junio, estableció la convalidación de los títulos de certificado de Enfermera y Matrona (que se habían obtenido hasta unos años antes con un nivel de formación que sólo requería haber superado el bachillerato elemental) y el título de Practicante, por el de ATS. A partir de ese momento, y hasta su convalidación por la Diplomatura en Enfermería, este último se constituyó en la referencia única de la titulación en esta profesión.

Dirección General de Ordenación Universitaria y Profesorado abría la posibilidad de que las Escuelas Universitarias de Enfermería, que habían adquirido ese rango en 1977 con el Real Decreto que se ha comentado antes, colaborasen con la UNED en la impartición de ese curso, estableciendo un cupo máximo de 300 alumnos por Escuela y año. Esta ampliación de los lugares en los que realizar el curso mostraba, en todo caso, de manera fehaciente el deseo de extender la homologación de la titulación a la totalidad del personal de enfermería que por una u otra vía había accedido al título común de ATS.

Esta política fué mantenida por el Partido Socialista, que mediante una Resolución de la Dirección General de Enseñanza Universitaria de 2 de diciembre de 1985 prorrogó el desarrollo del curso de nivelación a partir de esa fecha durante dos años más. En esta Resolución se hacía constar de manera expresa que a pesar de haberse realizado ya 9 convocatorias del curso, el número de titulados ATS que estaban aún pendientes de su realización superaba la cifra de 54.000, cifra de referencia que, sumada a la de aquéllos que ya lo habían realizado, suponía una amplia mayoría de quienes ejercían la profesión. Aún más adelante, una Resolución de la misma Dirección General de 10 de noviembre de 1987 estableció una nueva prórroga para la realización del curso por existir *“aún un número significativo de titulados ATS que podrían estar interesados en realizar este curso de nivelación”*.

Cabe señalar que la realización masiva del curso no supuso ningún cambio ni en la organización ni en los métodos de trabajo del personal de enfermería en su conjunto. Por ello, cabe, a su vez, preguntarse cuáles fueron las razones por las que el trato dado al personal de enfermería por el gobierno socialista (con sus raíces en los desarrollos previos de los gobiernos de la UCD) fuera tan distinto al dado a los médicos, que se ha comentado anteriormente. En el caso del personal de enfermería, con las medidas descritas se facilitó una recalificación profesional al alza, con los consiguientes beneficios económicos para toda la profesión, sin contrapartida alguna en la mejora de los servicios, actuación que contrasta con la desarrollada con los médicos. En este caso las demandas de los profesionales más activos y más cualificados desde el punto de vista profesional para una reorganización de su trabajo fueron rechazadas en la práctica, a la vez que se posponían las reformas retributivas vinculadas a la mejora del rendimiento y el incremento de la dedicación a los servicios públicos.

Una primera razón de esa actuación puede encontrarse en la existencia de un grupo organizado, la Asociación Española de Enfermería Docente (AEED), que

patrocinó el cambio teórico en el contenido de la profesión, promoviendo a la vez la elevación del nivel de titulación. Siguiendo las pautas marcadas por otros países del entorno europeo, la teoría del “cuidado” (aplicable en especial a una población que envejece y en la que predominan cada vez más las enfermedades crónicas) como elemento constitutivo e independiente de la profesión de enfermería, frente a la “cura”, que sería el elemento constitutivo de la profesión médica y en cuyo ámbito la enfermería sólo podría desarrollar un papel subordinado, supuso un referente del camino a seguir para lograr la independencia profesional.

La orientación era semejante a la que se daba y se sigue dando en otros países desarrollados, como el Reino Unido o Canadá, pero en éstos se da en un contexto de cultura y organización profesional diferentes, en el que la dedicación al “cuidado” de los pacientes, en centros sanitarios o a domicilio, ofrece posibilidades reales de desarrollo profesional independiente. Algo que en el caso español, como se ha indicado en el caso de la reforma de la atención primaria, se sustituyó por reformas nominales sin modificar el contenido real de la actuación profesional, ni la preparación adecuada para ello de quienes se incorporasen a esos puestos; al menos la del personal que ya estaba trabajando en los servicios públicos, que era la mayoría del que debía ocupar los nuevos puestos en la fase inicial de su implantación.

Una vez lograda la modificación del nivel de titulación mediante la conversión de las Escuelas de Enfermería en Escuelas Universitarias para emitir títulos con nivel de Diplomatura, desde la Asociación mencionada se patrocinó también una restricción estricta del número de plazas ofertadas en esas Escuelas: siendo la proporción de ATS/Médicos en la plantillas hospitalarias de 3:1 y de 1:1 en centros de salud, lo que traduciría unas necesidades de personal de enfermería casi tres veces superiores respecto a las de médicos, la conversión de las Escuelas al rango universitario supuso el cierre de quince de ellas, y la admisión de un número de alumnos en el conjunto de las Escuelas sensiblemente igual (alrededor de 5.400 plazas en cada caso) al de alumnos admitidos en las facultades de Medicina en aquellos años, con una media de 50 alumnos por curso en la mayoría de las Escuelas dependientes del INSALUD, y de 100 alumnos por curso en las de la Universidad (IGSAP, 1989) .

Esa política restrictiva dio lugar a episodios anecdóticos, como la contratación de promociones enteras de determinadas Escuelas una vez finalizados los estudios por los responsables del INSALUD de ciertas provincias con el objetivo de cubrir las suplencias del verano. En el caso de la provincia de Madrid, el número de diplomados

en el conjunto de las Escuelas ubicadas en su territorio (350) era inferior a las vacantes (750) que se generarían previsiblemente con la aplicación de la Ley 53/1984, de incompatibilidades, conforme a los datos del propio Ministerio para las Administraciones Públicas, encargado de su aplicación, que se vió así obligado a adecuar el ritmo de esa aplicación a la situación de escasez descrita (IGSAP, 1989). Una escasez por otra parte confirmada por el bajo índice de paro registrado en el INEM, inferior al 2% de los titulados, que se acompañaba de frecuentes rechazos a las ofertas de trabajo realizadas desde ese organismo.

Es posible que la asunción de esas políticas respecto a la enfermería por parte del Partido Socialista se viese facilitada por la afinidad política general con él por parte de quienes formaban parte de la AEED. Otro dato que apunta en la misma línea es el mayor grado de adhesión a los sindicatos de clase (singularmente la UGT, pero también el SATSE, un sindicato corporativo cuyos dirigentes declaraban su afinidad por el Partido Socialista), por parte del personal de enfermería respecto a la baja afiliación a los mismos sindicatos que se daba entre el personal médico; resulta coherente pensar que esos sindicatos, en especial el socialista, influyeran de manera directa e indirecta para apoyar los desarrollos normativos comentados.

Lo que resulta manifiesto en todo caso es que el cambio de cultura profesional que suponía la orientación hacia el “cuidado” como contenido profesional propio e independiente no se asumió por el conjunto de la profesión enfermera. Para entonces se había producido ya un cambio en el gobierno de los órganos corporativos (los colegios profesionales) en el que los anteriores dirigentes, vinculados en muchos casos a partidos de la izquierda desde la dictadura, fueron sustituidos por otros de ideología contraria, o al menos neutra desde el punto de vista político general. Los nuevos dirigentes aprovecharon los beneficios, obtenidos de manera gratuita, derivados de los cambios introducidos en la profesión, que acentuaron su valoración (también por la escasez de profesionales disponibles) e independencia⁷¹. Pero de ello no se dedujo la asunción del “nuevo modelo” de enfermería al que respondían esos cambios.

Por el contrario, los nuevos responsables colegiales actuaron en defensa del establecimiento de límites para el desarrollo profesional de otros colectivos sanitarios cuya implantación en el sistema podría restar algunos puestos de trabajo a ciertos

⁷¹ Hay que recordar que esos cambios no se refirieron sólo a la titulación y la consideración profesional, sino también a aspectos organizativos, como la creación de Direcciones de enfermería independientes en los centros sanitarios, a los que he hecho alusión en un apartado anterior.

grupos muy precisos de enfermeros. Así ocurrió, por ejemplo, con los Técnicos de radiología, laboratorio, y otras especialidades, una titulación con nivel de Formación Profesional de segundo grado, de creación reciente en aquel momento.

La definición de competencias y funciones a llevar a cabo por estos titulados en el sistema sanitario se llevó a cabo mediante una Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 14 de junio de 1984, en la que se incluía entre otras de aquéllas la “*colaboración en la obtención de muestras*”, una manera deliberadamente eufemística de referirse a la extracción de sangre. La publicación de esta norma desencadenó una respuesta inmediata por parte de los Colegios de Enfermería, en defensa del mantenimiento de los puestos de trabajo del personal de enfermería que venía desarrollando esas funciones en algunos laboratorios de análisis clínicos y otros servicios, que había llegado a establecer como una especialidad de la enfermería tal ejercicio.

Los colegios, con independencia de la incoherencia que pudiera suponer identificar el ejercicio de una profesión definida por el “cuidado” con una actividad tan trivial como la punción venosa, impugnaron la norma en los tribunales, y consiguieron con la resolución de éstos que se mantuvieran en las plantillas de los laboratorios, servicios de radiología y otros servicios de los centros públicos, en especial los dependientes del INSALUD, puestos específicos para personal de enfermería justificados por la realización de esa actividad concreta. Una situación también escasamente coherente con la escasez de profesionales de la enfermería a la que se ha hecho referencia, agravada por destinar a funciones menores a personal al que se pretendía orientar hacia una forma distinta de ejercicio profesional.

Desde entonces se han mantenido actitudes similares por la organización colegial de la enfermería. Ésta ha logrado aglutinar a su alrededor de manera más o menos activa al conjunto de su profesión en todo lo que suponga la elevación de su nivel de titulación⁷², de la que se deriva en el sector público su nivel retributivo. Lo mismo ocurre con la ampliación de sus funciones a otras que hasta ahora eran propias de otras profesiones, para cuyo desarrollo no esta orientada la formación en la profesión enfermera, pero de cuya ampliación se pueden derivar beneficios en términos económicos para quienes la desarrollen: es el caso de la prescripción enfermera, sobre la

⁷² Lo que se acaba de lograr con la adaptación de las nuevas titulaciones y planes de estudios a los criterios de Bolonia. Esto se pretende seguir de la elevación de la enfermería al nivel de licenciatura, por homologación del título a otros de la misma duración (cuatro años)

que en el momento de escribir estas líneas no existe todavía una decisión firme, cuyos efectos más importantes no parecen los sanitarios, sino el incluir en el ámbito de las profesiones susceptibles de recibir incentivos por la prescripción a quienes de entre el personal de enfermería la lleve a cabo. Una situación que, de confirmarse, se producirá sin que por parte del personal de enfermería, cuya formación tiene una orientación diferente, exista una preparación adecuada para afrontarla de manera adecuada (Jutel, 2008).

Como en el caso de otras cuestiones que se han comentado, la comparación con lo que ocurre a este respecto en otros países desarrollados resulta falaz si no se tiene en cuenta el contexto en el que se producen tales actuaciones en esos otros países, y la forma en que se llevan a cabo. La homologación con las titulaciones de otros países, que se produjo mediante el Real Decreto 305/1990, de 23 de febrero, *por el que se regula el reconocimiento de diplomas, certificados y otros títulos de Enfermero de los Estados Miembros de la Comunidad Económica Europea, el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento y la libre prestación de servicios*, tuvo un carácter esencialmente formal, que no se acompañó de ninguna modificación sustancial en el ejercicio de la profesión, ni de beneficios valorables para el sistema sanitario en su conjunto. Ello es así por más que, como es habitual por parte de cualquier profesión, se invoquen grandes beneficios generales por las mejoras que se puedan llevar a cabo en el ejercicio de una profesión específica.

Igual que para el caso de la formación médica especializada, a la que se ha hecho alusión antes, los problemas que se pueden observar ahora en la profesión de enfermería tienen al menos una parte de su origen en algunas de las decisiones y políticas que se adoptaron en el período que analizado.

II.5) LA LEY GENERAL DE SANIDAD, 14/1986.

El análisis de esta Ley merece por sí mismo un apartado específico.

La primera razón para ello es que, como se ha indicado más atrás, la Constitución Española (CE) preveía que la regulación y el desarrollo del derecho a la protección de la salud invocado en la propia Constitución se hiciera mediante una norma con rango de ley. La Ley correspondiente debía ocupar, en consecuencia, un lugar central en la organización del sistema sanitario llamado a hacer efectivo ese derecho, por lo que cabía esperar que respecto a éste existiese un antes y un después de la promulgación de la norma correspondiente.

La segunda razón es de carácter fáctico: la Ley 14/1986, General de Sanidad, ocupa de hecho en el imaginario sanitario de este país el lugar central que cabía esperar desde un punto de vista teórico y de las expectativas generadas a partir de la propia Constitución. A su vez, por parte del Partido Socialista esta Ley se ha esgrimido siempre como justificación de su aportación decisiva a la universalización de la protección del derecho mencionado, así como argumento para demostrar su iniciativa frente a los partidos representantes del centro o la derecha en los que respecta a este campo específico de las políticas sociales.

En cuanto a la primera de estas razones, en los apartados anteriores se ha descrito ya que las opciones principales por unas u otras formas organizativas de los servicios sanitarios como vehículos esenciales para el ejercicio del derecho a la protección de la salud se adoptaron, con el grado de concreción y ausencia de compromiso que las caracterizaron, con anterioridad a la propia Ley y mediante normas de menor rango. En el caso de la atención primaria, la opción fue de carácter positivo, a favor de un modelo, aún con las limitaciones que se han comentado. En el caso de la atención hospitalaria, la opción fue más bien de carácter negativo, en forma de ausencia de una opción positiva, en especial por una forma de organización de los servicios y de dedicación de los profesionales, en particular de los médicos, que condicionaron de manera decisiva su desarrollo posterior. En este sentido, la Ley se limitó a consagrar lo que ya estaba establecido mediante esas otras normas de menor rango, con las limitaciones a su vez derivadas de ese rango inferior.

En cuanto a la contribución de la Ley respecto a otros aspectos fundamentales de la organización sanitaria (desde la universalización de la protección al modelo de organización territorial de los servicios) son precisos análisis más profundos, que se pretenden apuntar a continuación, para valorar la contribución de la Ley a su definición.

En todo caso, cabe señalar de antemano que, como se ha comentado también en los apartados anteriores, en uno de esos aspectos, el de la organización territorial de los servicios sanitarios, antes de la propia Ley se adoptaron decisiones de gran importancia en esa materia, como el traspaso a las CCAA de la totalidad de las competencias en materia de Salud Pública, y el de las competencias de asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) a dos CCAA de las de “primer nivel” (las que se acogieron a las reglas del artículo 151 de la CE para constituirse como tales), como son Cataluña y Andalucía. En uno y otro caso las decisiones adoptadas lo fueron en ausencia de reglas generales para su desarrollo como las que hubiera cabido esperar de una ley general. A la inversa, el contenido de ésta, cuando fue promulgada, se vio condicionado en esos aspectos por los hechos previos que se habían producido, cuyas características serían resultantes de condicionantes e intereses cuando menos parciales, sin una perspectiva general de la cuestión.

Por todo ello, en este capítulo se analizan en primer lugar las posiciones y actuaciones de diferentes agentes sanitarios en relación con la Ley durante el largo proceso de su desarrollo hasta su promulgación, período que coincide temporalmente con el analizado en el apartado anterior, pero cuyo análisis se pretende referir en este caso de manera exclusiva a las cuestiones relacionadas con la elaboración de la Ley. Se trata con ello de intentar describir sus influencias sobre los contenidos de ésta. A continuación se analizan algunos aspectos que se consideran centrales de la propia Ley, como los referidos a la universalización del derecho a la protección sanitaria, la organización territorial de los servicios, o su financiación.

a) Las actitudes de diferentes agentes sanitarios en relación con la Ley.

a.1) Los médicos.

Si hay un grupo social de entre el personal sanitario sobre cuyas posiciones y actuaciones en relación con la Ley General de Sanidad se haya llamado de manera especial la atención, éste es el de los médicos.

Tales actuaciones tienen incluso un nombre preciso: una llamada “Operación Primavera”, sobre cuyas características y contenidos nos dejó algunas referencias el malogrado ex Ministro de Sanidad Ernest Lluch (Lluch, 1998). El carácter políticamente incorrecto de la descripción de esas actuaciones y de su recogida por quien había sido el Ministro del ramo cuando se produjeron aquellos hechos quedó

después reflejado, años más tarde, en los problemas para la presentación pública del texto (que no llegó a producirse, para lo que fue suspendido un acto previamente convocado al efecto) que tuvo el libro en el que se recogía como un capítulo más la descripción de la “Operación” por el propio Ernest Lluch. Del texto incluido en el libro fueron, a su vez, suprimidos los anexos que prestaban base documental a la descripción de la “Operación”, cuyos rasgos más generales se recogen a continuación.

Conforme a la descripción del ex ministro, realizada en 1998, la “Operación” iba dirigida de manera expresa “contra la universalización de la sanidad pública”. Su base, conforme a las pruebas obtenidas por el ex Ministro años más tarde, era un documento de 25 páginas que llevaba fecha de 3 de enero de 1984, tenía por título “*Notas de una campaña destinada a la sensibilización de la opinión pública y de la administración en torno al tema de la sanidad*”, y llevaba el membrete de una empresa, Gades S.A., en la que participaba Pedro Arriola. Éste era entonces asesor del presidente de la CEOE, José María Cuevas, y ha sido después, y lo sigue siendo, asesor del PP en diferentes campañas electorales, y persona de especial influencia en la época de presidencia de José M^a Aznar.

El objetivo de la notas, siempre según la descripción citada, era “*conseguir modificaciones importantes en la futura Ley General de Sanidad*” mediante una “presión social sobre los proyectos gubernamentales que habrá de ser muy dura, puesto que la mayoría parlamentaria será favorable a la reforma sanitaria y a la universalización de la sanidad pública”. La “Operación” (que, según el ex Ministro, debía ser clasificada con el número 1, pues al parecer hubo una segunda, de la que no disponía de datos concretos), “*tenía que tener en la Organización Médica Colegial o Consejo General de Colegios Médicos, la estructura central y la punta de lanza sobre la que basarse la campaña*”. Tratándose ante todo de una campaña de imagen, lo que se pretendía con ella era “*crear (la imagen) de una amplia oposición social a los planteamientos (sanitarios) del gobierno fuera de las cortes generales*” y “*frenar los ya famosos 10.127.392 votos*” que habían apoyado al PSOE en las elecciones generales de 1982.

En cuanto a la financiación de la operación, calculada en aquel momento en unos 100 millones pesetas, se pretendía obtener de los laboratorios farmacéuticos, de entre los cuales, según se dice en el texto de E. Lluch, “*solamente había habido un cierto entusiasmo entre los de nacionalidad suiza y alemana*”. Según distintos documentos que se citan en el propio texto, desde la Secretaría General del Consejo de

Colegios Médicos distintos laboratorios farmacéuticos recibieron presiones para no incluir su publicidad en determinadas revistas médicas poco sensibles a los planteamientos que servían de base a la “Operación”, y algunos de aquéllos, ante la escasa respuesta obtenida a esas presiones iniciales, vieron recomendada la exclusión de la prescripción de algunos de sus productos en una carta dirigida a los médicos por el mismo Secretario de la Organización Médica Colegial.

El propio Ernest Lluch reconoce en su artículo el fracaso de los efectos pretendidos por la Operación, dado que *“más votos (de los 10.127.392 citados) apoyaron la universalización de la sanidad pública tanto en el Congreso de los Diputados como en el Senado”*. Pero parece más verosímil pensar que, más allá del entusiasmo y apoyo que pudiera generar la Ley promovida por el Partido Socialista, cuyas limitaciones se comentan más adelante, el fracaso de la “Operación” pudo deberse más bien a los errores de bulto observables en su diseño. Entre ellos, y de manera muy destacada, el basar la propia Operación en la capacidad de influencia de la Organización Médica Colegial (OMC) sobre los médicos españoles, y menos en aspectos concretos de su actividad profesional como los mencionados.

La organización colegial, de afiliación obligatoria para ejercer la profesión en aquel momento⁷³, siempre ha gozado de un prestigio y representatividad muy limitados entre los médicos. Buena prueba de ello son los bajísimos índices de participación en sus elecciones, inferiores en la mayoría de los colegios al 20% de la población censal. Esa falta de confianza en sus estructuras y funcionamiento ha llevado a que la actividad profesional haya buscado otros cauces asociativos, como las sociedades científicas, que, pese a algunos de los problemas que en relación con ellas podrían plantearse, siendo de afiliación voluntaria constituyen un ámbito mucho más próximo a los intereses reales de los médicos. El propio Ernest Lluch considera en su texto que otras organizaciones médicas, en este caso de carácter sindical, como la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), tenían posiciones menos radicales de oposición en relación con la reforma sanitaria que debía llevarse a cabo, respecto de la cual ponían límites sólo en aquellas cuestiones que afectasen de manera directa al propio ejercicio de la profesión⁷⁴.

⁷³ Sobre las modificaciones en esta situación que se han producido en algunas CCAA y las que serían necesarias si se quiere disponer de una representación corporativa de los médicos más adecuada a la realidad puede verse Hernández Yáñez (2007).

⁷⁴ En el año 1985 esta posición tuvo una expresión muy explícita en la adoptada ante la aplicación de la Ley 53/1984, de incompatibilidades. La Ley exigía una declaración por parte de todos aquellos que desempeñaban más de un puesto de trabajo en el sector público, en la que se debía además ejercer una opción de preferencia por uno de los puestos de trabajo desempeñados en el caso de que resultasen

En el período previo a la promulgación de la Ley General de Sanidad, la presidencia de la OMC fue desempeñada por el Dr. Ramiro Rivera, un cirujano cardiovascular que ejercía la jefatura del servicio correspondiente en el Hospital Provincial de Madrid (hoy Hospital Gregorio Marañón), dependiente entonces de la Diputación Provincial, entonces regida por el Partido Socialista. El Dr. Rivera había sido separado de sus funciones poco antes de acceder a la presidencia colegial como consecuencia de un expediente disciplinario incoado por la forma de organizar y llevar a cabo la atención de pacientes privados con los medios públicos del citado hospital, sanción que fue posteriormente confirmada por los tribunales de justicia. Su incorporación a la organización colegial de los médicos fue paralela a su afiliación al Partido Popular, donde llegó también a desempeñar responsabilidades a nivel provincial.

En ese contexto, y como se ha puesto antes de manifiesto, la “Operación primavera”, cuyo papel principal correspondía a la propia OMC, fue apoyada por los sectores más conservadores de ésta, centrando sus objetivos, como también se ha citado, en crear un clima contrario a la universalización de la protección sanitaria pública. Lo que puede considerarse la otra cara de la moneda de un clima favorable a la privatización de la atención, fuera ésta estrictamente privada o a través de la cobertura de las compañías privadas de seguros sanitarios.

Sin embargo, expresado en esos términos, podría considerarse que el objetivo de la Operación gozaba de escasos apoyos entre los médicos en aquel momento:

- una parte de ellos, como se ha indicado, apoyaban de manera decidida la universalización del derecho y la organización de su prestación a través de un servicio público de cobertura universal debidamente dotado. Un ejemplo representativo de las expectativas de este grupo puede encontrarse en las posiciones respecto a la Ley de sanidad que debía aprobarse expresadas por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP, 1984) ante el

legalmente incompatibles. Frente a esa disposición la Organización Médica Colegial optó por promover de manera expresa el incumplimiento de la obligación legal de hacer la declaración y opción de los puestos de trabajo desempeñados. La CESM, por el contrario, tras una negociación discreta llevada a cabo con la Inspección General de Servicios de la Administración Pública (IGSAP), órgano del Ministerio de la Presidencia (después del Mº para las Administraciones Públicas) encargado de la aplicación de la Ley de incompatibilidades, optó por recomendar a sus afiliados con situaciones legales de incompatibilidad que realizasen la declaración de puestos y la opción, sin perjuicio del recurso legal posterior cuando les fuera aplicada la incompatibilidad en cada caso. Ésta última fue la postura adoptada por la mayoría de los médicos afectados por las reglas de incompatibilidad establecidas en la Ley 53/1984, pese a constituir éstos un grupo limitado y en cierto sentido privilegiado, conforme a lo descrito en el apartado anterior referido a esta cuestión.

anteproyecto de la norma. La FADSP es una asociación de afiliación libre y voluntaria que se constituyó en 1980 para el apoyo de esas posiciones. Aunque minoritaria y no identificada con el Partido Socialista, desde su constitución ha venido expresando su apoyo crítico a cuantas iniciativas de gobierno han coincidido con los objetivos establecidos en su propia denominación. Y aunque la cercanía a sus posiciones no se haya traducido necesariamente en afiliación a la misma (su número de socios no ha superado nunca el millar) por razones que no se pueden analizar aquí más ampliamente, tales posiciones han sido representativas en la mayoría de las ocasiones de las aspiraciones y expectativas respecto a la organización y la cobertura del sistema sanitario público mantenidas por grupos más amplios de médicos.

- Otro grupo intermedio de médicos no alineados con las posiciones más conservadoras, probablemente el mayoritario por entonces, mantenía en aquel momento una posición expectante respecto a las medidas de reforma que se fueran a llevar a cabo, a partir de la consideración de que el sistema sanitario público constituía, como en otros países desarrollados, con la excepción de los Estados Unidos, la fuente principal de empleo y desarrollo profesional para la mayoría de los médicos. Lo que no hay que poner sólo en relación con las posibilidades del propio sistema público, sino también con el escaso desarrollo de la cobertura sanitaria privada en aquel momento, tanto en la práctica individual como en la realizada por las compañías privadas de seguro, de desarrollo precario en la mayoría de los territorios españoles, con la única excepción de Cataluña.

Así las cosas, la llamada “Operación primavera” se agotó en sí misma, por más que la cobertura de los medios de comunicación pudieran contribuir con ella a crear un clima de oposición por parte de los médicos a las propuestas de la Ley General de Sanidad. No puede decirse, sin embargo, que ésta se viera condicionada en sus propios términos ni por la Operación señalada, ni por las posiciones de los médicos en general. Por el contrario, muchos de ellos se vieron defraudados en sus expectativas por el desarrollo de la propia Ley, como lo habían sido por las medidas de reforma que se fueron desarrollando en paralelo a la elaboración de la Ley, puestas en marcha mediante normas previas a su promulgación, medidas a las que se ha hecho referencia en el apartado anterior.

a.2) Los farmacéuticos.

En relación con la Ley General de Sanidad la posición de los farmacéuticos, o al menos de una parte importante de quienes ejercen esta profesión, fue la contraria a la que se ha descrito para los médicos: una intervención discreta y con escasa presencia en los medios de comunicación por parte de sus organismos de representación colegial permitió la modificación de determinados preceptos tal y como estaban previstos en borradores iniciales del texto legal, en un sentido que resultó favorable para los intereses de un determinado grupo de profesionales farmacéuticos. La solidez de la solución adoptada en la Ley fué tal que las condiciones de ejercicio profesional que se definieron en ella no han cambiado hasta ahora.

La cuestión que se planteó entonces tiene relación con las condiciones de ejercicio profesional en las oficinas de farmacia que se dan en nuestro país.

En diferentes países del entorno europeo y de otros países desarrollados la dispensación en las oficinas de farmacia de los medicamentos prescritos por los médicos requieren la presencia y actuación de un farmacéutico. La propiedad de dichas oficinas puede ser, sin embargo, individual, de cadenas comerciales de distribución, o estar situadas en centros públicos sanitarios, y la titularidad puede ser de cualquier ciudadano, sin que esté restringida a quienes están en posesión del título de farmacéutico.

En España la situación era entonces y sigue siendo ahora diferente⁷⁵: siguiendo hábitos (no existían normas que lo reglamentaran así) preconstitucionales que se han confirmado por otras posteriores a la Constitución (la primera de ellas el artículo 103.4 de la Ley General de Sanidad), ejercicio profesional y propiedad de la oficina de farmacia van unidos, de manera que sólo farmacéuticos titulados pueden ser propietarios de la oficinas de farmacia. Esa previsión legal ha constituido hasta ahora una barrera a la presencia de cadenas comerciales de establecimientos farmacéuticos como las que existen en otros países, y también a la dispensación de medicamentos en establecimientos de otras redes comerciales de distribución.

Sin embargo, lo que constituye una novedad añadida es que, a diferencia de lo que ocurre también en otros países, la dispensación para el consumo individual fuera de las instituciones sanitarias públicas del Sistema Nacional de Salud está vedado a los

⁷⁵ Esta situación se ha puesto en cuestión por la Unión Europea, que ha formulado un requerimiento al Estado español para que la modifique. La respuesta del Gobierno, favorable al mantenimiento de la situación, está pendiente de un “dictamen motivado” por parte de la Unión Europea, cuyos términos están todavía pendientes de conocerse en el momento de redactar estas líneas (ver nota 228, p. 381).

servicios de farmacia que puedan existir en éstas⁷⁶. A esta situación se llegó precisamente como consecuencia de la modificaciones que se introdujeron en la redacción final del artículo 103.1.b) de la Ley General de Sanidad respecto a sus borradores iniciales.

La redacción del artículo citado establece que *“la custodia, conservación y dispensación de medicamentos corresponderá:...b) a los servicios de farmacia de los hospitales, de los Centros de Salud y de las estructuras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones o para las que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinario de atención a la salud”*. Bastó la adición de la frase subrayada a los textos originales para que se mantuviese el monopolio en la dispensación de medicamentos ejercido por las oficinas de farmacia de propiedad privada individual, una peculiaridad que define el “modelo mediterráneo de farmacia” cuyas bondades no se cansan de subrayar quienes defienden el mantenimiento de la actual situación. Pero que tendría una alternativa de sencilla puesta en marcha con la sola supresión de la condición citada.

Esa situación tiene, sin embargo, diferentes consecuencias, no tan favorables para los ciudadanos ni para otros grupos de farmacéuticos que no están integrados en la propiedad de oficinas de farmacia: éstas se han convertido en el vehículo exclusivo para que los ciudadanos puedan acceder a los medicamentos y otros productos sanitarios⁷⁷ y, como consecuencia, en el negocio floreciente que supone ejercer en condiciones de monopolio la venta de unos productos de precio prefijado, elevado consumo y ninguna intervención en la elaboración por parte del dispensador⁷⁸.

Tal situación, a su vez, ha tenido diferentes efectos: por una parte, propició la inclusión de un margen fijado de manera homogénea para todos los establecimientos farmacéuticos como parte del precio de venta al público (PVP) de los medicamentos⁷⁹.

⁷⁶ Puede verse a este respecto Meneu (2008). En los Pactos de la Moncloa, firmados en 1977, se incluía ya un apartado en el que se aludía de manera expresa como medida racionalizadora de la financiación de la Seguridad Social a esa forma de dispensación, que, sin embargo, fue excluida del texto de la Ley por las presiones corporativas a las que se hace referencia aquí. El texto concreto incluido en los Pactos de la Moncloa puede verse en el apartado II.5.c).

⁷⁷ La distribución minorista de determinados productos (por ejemplo, los pañales absorbentes) y su calificación como productos sanitarios, de manera que sólo puedan ser dispensados en establecimientos farmacéuticos, ha dado lugar a conflictos con otras cadenas de distribución que han llegado hasta los tribunales.

⁷⁸ Al plantearse como un negocio de propiedad individual, la transmisión de la licencia de apertura de cada oficina de farmacia se ha convertido también en un negocio floreciente. Los precios por transmisión de la oficina de farmacia superan en muchas ciudades españolas cifras equivalentes a cientos de millones de las antiguas pesetas.

⁷⁹ Este margen, que estuvo situado por encima del 30% del PVP, está situado ahora en el 27,7%.

Por otra estimuló la firma de conciertos entre las oficinas de farmacia y el Sistema Nacional de Salud para la dispensación por aquéllas de los medicamentos prescritos en los formularios de éste, y la facturación directa al Sistema del porcentaje libre de aportación del usuario. Esta facturación se realiza por los Colegios de farmacéuticos, que centralizan la recogida de las recetas y luego distribuyen la facturación correspondiente entre las farmacias de su territorio. Con la mejora de los medios informáticos este procedimiento se está sustituyendo por formas directas de facturación facilitadas por la confección también informática de las recetas; pero mientras se mantuvo, convirtió a los Colegios farmacéuticos, que realizaban la grabación de los datos de las recetas de cada provincia, en propietarios de una valiosa información sobre prescriptores y consumidores. Sobre el uso adecuado de esa información los Colegios han hecho afirmaciones repetidas de difícil si no imposible comprobación.

La modificación de las previsiones iniciales de la Ley que dió lugar a la situación descrita se llevó a cabo mediante una intervención de la Organización farmacéutica colegial ante el Ministerio de Sanidad⁸⁰. En la “intervención” resulta poco dudoso que se pusieran de relieve los problemas de desabastecimiento inmediato, en especial en determinados ámbitos rurales, que se podrían derivar de medidas de presión por parte de los farmacéuticos si se pretendiese cambiar la situación de monopolio de la dispensación de la que ya disponían de hecho.

Este tipo de posiciones, que convierten a la organización farmacéutica colegial en un auténtico “lobby” representante de los intereses de los farmacéuticos propietarios de las oficinas de farmacia, es consustancial al papel que los propios colegios han representado hasta hace poco tiempo en la concesión de licencias de apertura de oficinas de farmacia.

Esta es una cuestión que, por demanda de los propios farmacéuticos, está reglamentada hasta sus más mínimos detalles (distancias mínimas entre las farmacias; especificación de estas condiciones según el ámbito rural o urbano y el tamaño de la población). Lo mismo ocurre con el establecimiento de figuras como la de farmacéutico “adjunto”, “sustituto” o “regente”, reguladas mediante una orden del Ministerio de Sanidad del año 1978. Esas figuras proporcionaban vías de solución para el mantenimiento en exclusiva de la propiedad de las oficinas de farmacia por los titulados

⁸⁰ Esta intervención tuvo lugar antes de febrero de 1985, fecha en la que tuvo lugar en éste la crisis interna en el Ministerio de Sanidad a la que se ha hecho referencia en el apartado anterior. En todo caso, los nuevos responsables de la redacción de la Ley no cambiaron los términos de la redacción modificada anterior.

farmacéuticos que ya disponían de la propiedad, vedando el acceso a ésta por parte de otros farmacéuticos. Permiten también convertir el traspaso de la propiedad de una oficina de farmacia en un negocio igualmente boyante, mientras los salarios de los contratados para desempeñar algunas de las figuras citadas se mantienen en niveles muy bajos en relación con los niveles de beneficios obtenidos en muchas de las farmacias, para lo que constituye una excusa habitual el no establecer reglas generales que puedan afectar a las farmacias que por su situación obtienen niveles de beneficio inferiores.

La concesión de licencias de apertura y la autorización de figuras y situaciones como las citadas estaba delegada en los colegios en aquel momento, y en su desempeño la mayoría de los colegios actuaban, y lo siguen haciendo, como representantes preferentes de los farmacéuticos propietarios de oficinas de farmacia. Los colegios han sido sustituidos en esas funciones por algunas administraciones autonómicas, a medida que éstas han ido elaborando sus normas sobre ordenación farmacéutica, una competencia traspasada a las CCAA con posterioridad al traspaso de las competencias sanitarias más generales.

En todo caso, la inclusión en la Ley General de Sanidad de la limitación citada antes contribuyó a impedir en aquel momento (es cuestionable si esa alternativa tendría sentido desarrollarla ahora) el desarrollo de una alternativa razonable, y existente en otros países desarrollados de nuestro entorno, para la dispensación de medicamentos a través de los centros públicos. Esa alternativa hubiera resultado menos costosa para el sistema sanitario público y permitiría incorporar a esa forma de ejercicio profesional a un número añadido de profesionales que ahora realizan sus funciones subordinados a un sistema de contratos con otros farmacéuticos en los que se imponen condiciones manifiestamente favorables para quienes son propietarios de las oficinas de farmacia. Por otra parte, tal situación lleva a quienes monopolizan la propiedad de las oficinas a orientar su actuación de manera preferente a actuar como empresarios, más que como profesionales sanitarios, y, en consecuencia, a dedicar su atención principal a va a la consecución de beneficios económicos. A la vez, impide al sistema sanitario español beneficiarse de los efectos potenciales de la actividad de unos titulados cualificados, como lo son los farmacéuticos, en actuaciones (que podrían incluir hasta la modificación de los formatos de dispensación) dirigidas a facilitar el seguimiento y control de la utilización y efectividad de los medicamentos, una cuestión en la que esos profesionales son los adecuados para llevarlas a cabo en función de sus conocimientos (Meneu, 2008).

a.3) El asesoramiento para la elaboración de la Ley General de Sanidad.

Con independencia de la intervención de otros agentes españoles en defensa de sus propios intereses, y del recurso a asesoramientos y criterios individuales de docentes y otros expertos del propio ámbito español, para la elaboración de la Ley General de Sanidad el Ministerio de esta misma denominación recurrió como principal asesor a la Oficina Regional Europea de la Organización de la Salud (OMS).

Ésta, a través de sus órganos de dirección y de expertos de la propia Organización, o convocados por ella, participó en diferentes seminarios y actos organizados desde el propio gobierno español con el fin de obtener el asesoramiento correspondiente.

Para considerar el valor de las aportaciones realizadas por esta Organización hay que tener en cuenta en todo caso el carácter de ésta y las características de su organización interna y de su financiación.

Así como la Organización Panamericana de Salud (OPS) constituye una organización independiente que, sin embargo, desempeña el papel de representante de la OMS en el continente americano, en el caso europeo la Oficina Europea no es más que una delegación, situada en Copenhague, de la propia OMS, cuya sede central está en Ginebra. Su organización y financiación dependen por completo de esta última, y han sido repetidamente puestas en cuestión por la duplicidad de recursos que supone su mantenimiento, la dudosa efectividad de sus actuaciones, y el desarrollo de éstas, de carácter meramente asesor, en un ámbito de países democráticos desarrollados, en el que cada uno de ellos desarrolla sus propias políticas con arreglo a sus tradiciones y condiciones peculiares, sin necesidad de recurrir a ningún organismo asesor.

Por otra parte, en el ámbito europeo la Oficina regional de la OMS ha debido siempre contrastar su actuación con la de otros organismos existentes en el mismo ámbito, como las instituciones de la Unión Europea (entonces Comunidad Económica Europea, CEE) o el Consejo de Europa. Si la primera ha tenido una proyección limitada en el terreno sanitario, en especial en cuanto a la organización de los servicios sanitarios, lo que continúa hasta ahora⁸¹, el segundo ha desarrollado una actividad especialmente intensa en el terreno de la bioética, que culminó con el convenio sobre

⁸¹ La Directiva de servicios sobre sanidad transfronteriza que se está discutiendo a la hora de redactar estas líneas, a cuyo desarrollo en los términos inicialmente previstos se opone frontalmente España por las consecuencias que puede tener sobre los servicios públicos sanitarios y los costes de la atención de los ciudadanos de otros países, o de los españoles en el extranjero, ha cambiado por completo esa situación.

derechos humanos y biomedicina, o convenio de Oviedo, presentado a la firma y ratificación de los países europeos en 1997.

Se podría considerar que la efectividad de la Oficina Regional ha mejorado en los últimos años con la creación de entidades promovidas por la propia Oficina Europea, como el denominado Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios⁸², una entidad cuya financiación descansa en una parte importante en la financiación aportada por los gobiernos danés y español, que lleva a cabo estudios comparados sobre diversos aspectos de la organización de los sistemas sanitarios. Sin embargo, en la época en que se desarrolló la Ley General de Sanidad, la Oficina Europea carecía de órganos que pudieran llevar a cabo ese tipo de estudios. Como consecuencia, los criterios aportados tenían en la mayoría de los casos el carácter personal y no sistemático derivado de las propias condiciones de su organización.

Por otra parte, como el resto de las organizaciones derivadas de la Organización de Naciones Unidas, la OMS depende para su financiación de los países que forman parte de ella, por lo que, de resultas, sus actividades y criterios no ponen habitualmente en cuestión las actuaciones de los países que la sostienen. Por el contrario, como otras de esas organizaciones (UNICEF, UNESCO, ACNUR) centra buena parte de su actividad en formular criterios que resultan de aplicación principalmente a los países menos desarrollados, y en realizar propuestas y establecer objetivos que son de interés y aplicación primordial para éstos, como había ocurrido ya para el caso de la Conferencia de Alma Ata.

En el caso de la Oficina Regional europea el destino de sus esfuerzos, incluso ahora, cuando cuenta con un instrumento para la realización de estudios comparados de los sistemas sanitarios, como es el Observatorio citado, se centra en los países menos desarrollados de su ámbito territorial, como es el caso de los antiguos países del Este. Tras la caída de los sistemas políticos con los que se gobernaban, los sistemas sanitarios de estos países, que se asemejaban en algunos aspectos a los servicios nacionales de salud y que daban cobertura sanitaria a la totalidad de sus poblaciones, resultaron

⁸² El Observatorio, en la actualidad denominado Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas Sanitarias (European Observatory on Health Systems and Policies) mantiene cinco líneas distintas de publicación, las revistas *Eurohealth* y *Euro Observer*, una línea de actualización periódica de análisis de los sistemas sanitarios de distintos países (que ha publicado ya dos informes sobre la situación del sistema sanitario español) denominada *Health system profiles (HiTs)*, que resultan las siglas de *Health Systems in Transition*), otra serie de estudios de carácter más general (*Studies*) y, por último, otra serie denominada *Policy briefs*, en los que se recogen las principales lecciones derivadas de los análisis más amplios. La página web del Observatorio en la que se recogen, además de las publicaciones citadas, su información y actuación generales, es accesible en www.euro.who.int/observatory.

destruidos por completo, lo que contribuyó a la crisis sanitaria que se produjo en muchos de ellos (Adeyi, 1997). Los trabajos de la Oficina Regional de la OMS y del Observatorio citado se han centrado en proporcionar ayuda e instrumentos de análisis para la construcción de unos sistemas sanitarios homologables a los de los países europeos, y a recomponer en especial en lo posible la extensión universal de la protección sanitaria ofrecida por aquéllos. Es cierto que en esa tarea se han producido un sesgo manifiesto, de características y resultados discutibles, a favor de la implantación de mecanismos de competencia y fragmentación de la cobertura sanitaria (Depper, 1996). Sin embargo ese sesgo es el que se está dando de manera muy clara en la evolución de los sistemas sanitarios de la mayoría de los países desarrollados (Rey, 2000 y 2003b), por razones que se analizan más adelante.

En el caso del asesoramiento proporcionado por la Oficina Regional Europea de la OMS para la elaboración de la Ley General de Sanidad, la organización carecía en aquel momento de instrumentos de análisis comparado de los sistemas sanitarios, menos aún de los sistemas sanitarios de los países desarrollados. Esas carencias por parte del organismo al que se recurrió principalmente como asesor externo para el desarrollo de la Ley contribuyó probablemente de manera importante a que en el desarrollo de ésta no existan referencias a la evolución que ya por entonces se estaba produciendo en los sistemas sanitarios más consolidados de otros países, entre ellos y de manera destacada el National Health Service (NHS) británico⁸³, que para los sanitarios españoles constituía el modelo de referencia para la constitución de un servicio público de salud en nuestro país.

Las razones para recurrir como principal asesor a una entidad con las limitaciones de la Oficina Regional europea, limitaciones más manifiestas aún en aquel momento, están probablemente en relación con el grado de desconocimiento que existía en general en nuestro país respecto a lo que ocurría en otros países de nuestro entorno, e incluso en las organizaciones internacionales, y a la falta de contacto de los profesionales de esta área con sus homólogos de otros países europeos. El resultado de esa elección cabe, en consecuencia, ponerlo en relación con las limitaciones de la propia organización a cuyo asesoramiento se recurrió.

⁸³ A las reformas del NHS que comenzaron en el Reino Unido en los años 80 del siglo pasado se hace una amplia referencia en el subapartado 2.2.1) del apartado II.6.e).

a.4) Los responsables de la elaboración de la Ley.

En el apartado II.4.b) de este trabajo se ha hecho ya una descripción general de la política de nombramientos en el ámbito sanitario realizada por el Partido Socialista tras su acceso al Gobierno en Octubre de 1982.

En ese mismo apartado se ha descrito también cómo la redacción de los primeros borradores de la Ley General de Sanidad quedó bajo la responsabilidad del equipo que actuaba en el Ministerio de Sanidad más vinculado al Subsecretario de este Departamento. Ese equipo cesó en su mayor parte en febrero de 1985, cuando tuvo lugar el cese del Subsecretario. Sin embargo, entre quienes formando parte previa de ese grupo permanecieron en sus puestos se incluyó Pedro Pablo Mansilla, uno de los colaboradores más directos del Subsecretario en la elaboración de la Ley, quien a partir de aquel momento pasó a desempeñar las mayores responsabilidades en su confección. Se trataba de un médico con escaso nivel de formación médica y sanitaria, sin otras responsabilidades previas, ni experiencia de trabajo en el sistema sanitario que el desempeño de una “asesoría” sanitaria en un ayuntamiento de la periferia de Madrid (...además del ondeo (aclamado) de una bandera republicana en el primer congreso legal de la UGT). Ni en el control ni en el ejercicio de su tarea de desarrollo de la Ley (de cuyos trabajos preparatorios formó parte la realización de diversos actos y seminarios, con algunos componentes festivos añadidos, con la participación asesora de la Oficina regional europea de la OMS) se dio una mayor implicación de los grupos más afines al entonces Ministro del ramo.

El escaso apoyo político al desarrollo de la Ley prestado por el Ministro, que, sin embargo, no dudó en presentar el texto para su aprobación al final de la legislatura, y la pérdida del apoyo por parte de quienes habían promovido inicialmente con mayor interés su desarrollo, dieron como resultado el texto cuyas características se analizan a continuación, cuyas bondades fueron en todo caso defendidas públicamente por quienes llevaron a término su elaboración, alguno de los cuales (el médico antes citado) fue reconocido por ello como “principal artífice de la Ley” (Mansilla,1985).

b) Un análisis crítico de la Ley General de Sanidad.

b.1) Los datos estructurales.

La referencia a estos datos se soporta en los cuadros adjuntos.

De una primera observación meramente cuantitativa de los mismos, y de la lectura de sus títulos y capítulos, se pueden deducir algunas consideraciones:

- En primer lugar, que esta Ley tiene en su propia concepción un carácter “enciclopédico”: no hay cuestión que tenga relación con las cuestiones y actividades sanitarias en su sentido más amplio que no tenga alguna referencia en la Ley, incluso en la denominación más general de sus títulos y capítulos.
- En segundo lugar, que probablemente como consecuencia del abordaje de un panel tan amplio de cuestiones, el tratamiento de cada una de éstas encierra desequilibrios muy importantes entre aquéllas a las que se dedica una atención (al menos la medida en términos cuantitativos del número de capítulos y artículos dedicados a cada una de ellas) preferente y otras a las que se hace una mera mención en el texto. Respecto de estas últimas, y dada la referencia meramente nominal que se hace a algunas de ellas, cabría poner en cuestión la utilidad política real de su introducción en la Ley.

Cuadro 2. Estructura general de la Ley General de Sanidad

Estructura formal general

- **8 Títulos**
- **113 Artículos**
- **10 Disposiciones Generales**
- **5 Disposiciones Transitorias**
- **2 Disposiciones Derogatorias**
- **15 Disposiciones Finales**

Cuadro 3. Estructura de la Ley General de Sanidad por Títulos, Capítulos y Artículos.

ESTRUCTURA INTERNA

Nº	TÍTULOS	Nº. Capítulos	Nº Artículos
	Denominación		
Preliminar	De derecho a la protección de la Salud	1	2
I	Del Sistema de Salud	6	35
II	De las competencias de las Administraciones Públicas	4	6
III	De la estructura del Sistema Sanitario Público	6	44
IV	De las actividades sanitarias privadas	2	7
V	De los productos farmacéuticos	1	9
VI	De la docencia y la investigación	2	7
VII	Del Instituto de Salud "Carlos III"	1	3
TOTAL	8	23	113

- Entre las cuestiones a las que se dedica una mayor atención se encuentran el Título I (Del Sistema de Salud), que reúne un total de 6 capítulos y 35 artículos, y el III (De la estructura del Sistema Sanitario Público), que incluye, a su vez, en un total similar de 6 capítulos, un número aún de artículos, que alcanza en este caso la cifra de 44.
- Dentro del Título I, los capítulos 1 (De los principios generales), con 15 artículos, y el 5 (De la intervención pública en relación con la salud individual y colectiva), en el que se incluyen 9 artículos, son los que se desarrollan más ampliamente. Por el contrario los Capítulos 2 (de las actuaciones Sanitarias del Sistema de salud), 3 (De la Salud Mental) y 4 (De la Salud Laboral), tienen un número de artículos tan reducido (sólo 1 el 3, y 2 los dos restantes), que, pese a la extensión de algunos de esos artículos, cuyos términos no pasan en todo caso de ser muy generales y de una escasa y difícil proyección práctica, cabe dudar de la utilidad de su inclusión en el texto, en especial por cuanto ello podría suponer una excusa para no abordar esas cuestiones con una mayor profundidad.

Cuadro 4. Estructura del Título I.

TITULO I

Del Sistema de Salud

Nº	CAPITULOS	Nº Artículos
	Denominación	
1	De los principios generales	15
2	De las actuaciones sanitarias del Sistema de Salud	2
3	De la Salud mental	1
4	De la Salud Laboral	2
5	De la intervención pública en relación con la Salud individual y colectiva.	9
6	De las infracciones y sanciones	6
TOTAL	6	35

- El Título II desarrolla las previsiones constitucionales en las materias sanitarias, aunque sin resolver las cuestiones derivadas de que la asistencia sanitaria estuviera de hecho incluída en el ámbito de la Seguridad Social. El reducido número de artículos de este Título , no impide, sin embargo, la inclusión de una amplia relación de las funciones a llevar a cabo por la Administración del Estado. Esto no ocurre en el caso de las Comunidades Autónomas, en el que la

relación es casi una reproducción exacta y limitada de los términos constitucionales, pero sí que se da también en el caso de las Corporaciones Locales.

Cuadro 5. Estructura del Título II.

TITULO II		
<u>De las Competencias de las Administraciones Públicas</u>		
Nº	CAPITULOS	Nº Artículos
	Denominación	
1	De las competencias del Estado	3
2	De las competencias de las Comunidades Autónomas	1
3	De las competencias de las Corporaciones Locales	1
4	De la Alta Inspección	1
TOTAL	4	6

- Del Título III (De la Estructura del Sistema Sanitario Público) merece la pena destacar en primer lugar que el capítulo que cuenta con un mayor número de artículos (14 en este caso) es el relativo a las Áreas de Salud, que se dedican a definir pormenorizadamente desde su tamaño en relación con la población a atender (no inferior a 200.000 habitantes ni superior a 250.000); a su organización por “zonas básicas de salud”, de límites más flexibles, en cada una de las cuales, recogiendo las líneas de la reforma de la atención primaria puesta en marcha, debería actuar un Equipo de Atención Primaria que desarrollase su labor en un Centro de Salud; a la constitución de sus órganos de dirección, gestión y participación; a la disponibilidad de, al menos, un hospital por cada Área; e incluso al establecimiento en las mismas de una “dirección participativa por objetivos”, como si otras formas de gestión resultasen contrarias a la Ley .

La atención a estas cuestiones resulta a estas alturas llamativa, por cuanto podría permitir considerar que la confianza de quienes redactaron la Ley para el mantenimiento de un sistema “coherente, armónico y solidario” estaba depositada ante todo en las condiciones de constitución casi física de estas Áreas; una impresión ratificada por la comprobación de que las actuaciones de “Alta Inspección” desarrolladas desde el Ministerio de Sanidad después de la

aprobación de la Ley (actuaciones desarrolladas bajo la dirección de aquel a quien se calificó como “principal artífice” de ésta) se dirigieron ante todo a hacer el seguimiento de la constitución de sus Áreas de salud por cada una de las CCAA, y a constatar si éstas se atenían en sus límites poblacionales a los establecidos en la Ley (Mansilla, 1988; Dirección General de Alta Inspección, 1989; Rey, 1998 h, p. 118). Un seguimiento que, por otra parte, no se podía seguir de ninguna intervención posterior, dadas las facultades de autoorganización de las CCAA en el ámbito de sus propias competencias.

Cuadro 6. Estructura del Título III.

TITULO III

De la Estructura del Sistema Sanitario Público

Nº	CAPITULOS	Nº Artículos
	Denominación	
1	De la organización general del Sistema Sanitario Público	5
2	De los servicios de Salud de las Comunidades Autónomas	7
3	De las Areas de Salud	14
4	De la coordinación general sanitaria	8
5	De la financiación	6
6	Del personal	4
TOTAL	6	44

La amplitud de lo dedicado a esta cuestión en la Ley contrasta también con el hecho de que entre los pocos preceptos excluidos por el artículo 2.1 de la propia Ley de tener carácter básico (y ser, por tanto, de obligado cumplimiento por las CCAA) se incluyen, con la única excepción del artículo 56, en el que se definen precisamente los límites poblacionales de las Áreas de Salud, la totalidad de los restantes artículos, hasta 13, incluidos en este capítulo (los artículos 57 a 69).

Todo ello parece reflejar un esfuerzo desmedido por incluir en la Ley, obedeciendo a criterios de dudosa fiabilidad, la regulación de cuestiones de escasa utilidad posterior.

- Merece una mención aparte el capítulo 4 del Título III, el referido a la Coordinación general sanitaria.

Como se ha destacado ya en otros trabajos previos (2001, 2007b), la redacción de este Capítulo de 8 artículos es una reproducción casi literal de los preceptos incluidos en el Real Decreto 2824/1981, al que se ha hecho referencia en el apartado II.3.b) de este trabajo, que fueron declarados constitucionales, pero carentes de rango suficiente por el TC.

Hay que recordar, sin embargo, que el Real Decreto 2824/1981 citado respondía a una necesidad transitoria, la de permitir el funcionamiento de determinados órganos preconstitucionales que desarrollaban la función coordinadora en especial en el ámbito de la planificación hospitalaria, adaptando ese funcionamiento a la distribución de las competencias sanitarias definida en la Constitución durante el período en el que se estaban iniciando los traspasos correspondientes a las CCAA.

Con la decisión de reproducir los propios términos de una norma de vocación transitoria a la Ley General de Sanidad se renunció en la práctica a plantear el diseño de unos mecanismos y unos órganos de coordinación adaptados a las necesidades de una situación por completo distinta: la de unas CCAA con una parte (la de Salud Pública) de los servicios traspasados por completo, que ya habían empezado también a recibir las competencias en asistencia sanitaria (de la Seguridad Social).

La inadecuación de ese diseño copiado a la nueva situación que entonces empezaba a producirse, que se completó con el cierre de los traspasos en materia de asistencia sanitaria a 10 CCAA en diciembre de 2001, ha venido siendo reflejada a lo largo del tiempo por los problemas que se han venido denunciando de manera reiterada en el funcionamiento de los instrumentos y órganos de coordinación, de manera destacada entre ellos el Consejo Interterritorial (Rey, 1993, 1998 f, g).

- Desde un punto de vista estructural cabe por último subrayar el escaso número de artículos, y, en consecuencia, la reducción de los contenidos, relativos a materias tan importantes como la financiación del sistema sanitario (6 artículos en el capítulo 5 del Título III), el personal (4 artículos en el capítulo 6 de Título III y 1 artículo en el capítulo 1 del Título IV, este último dedicado al ejercicio libre de las profesiones sanitarias), la docencia o la investigación en el Sistema Nacional de Salud (2 artículos dedicados a cada una de ellas en cada uno de los dos capítulos del Título VI).

La reducida atención dedicada a estas materias por la Ley puede servir para poner en cuestión el sentido que tiene su tratamiento en la norma “enciclopédica” en que se convirtió aquella como consecuencia de la adopción de ese enfoque.

Cuadro 7. Estructura del Título IV.

TITULO IV

De las Actividades Sanitarias Privadas

CAPITULOS		Nº Artículos
Nº	Denominación	
1	Del ejercicio libre de las profesiones sanitarias	1
2	De las Entidades Sanitarias	6
TOTAL	2	7

En todo caso, sobre esas materias y cómo están tocadas en la Ley caben otras observaciones de carácter cualitativo, por lo que esos comentarios más específicos se remiten al correspondiente apartado posterior.

Cuadro 8. Estructura del Título VI.

TITULO VI

De la Docencia y la Investigación

CAPITULOS		Nº Artículos
Nº	Denominación	
1	De la Docencia en el Sistema Nacional de Salud	2
2	Del Fomento de la Investigación	5
TOTAL	2	7

b.2) Los presupuestos de partida de la Ley y su cobertura en el texto aprobado.

Con arreglo al preámbulo de la propia Ley las aspiraciones de ésta se concentraban en varios objetivos prioritarios:

2.1) En primer lugar, la superación de la separación existente entre el ejercicio de las responsabilidades del Estado en las materias de salud pública y de asistencia

sanitaria. Una separación que en España se concretaba en la existencia de dos normas diferentes, la antigua Ley de Bases de Sanidad Nacional, de 1944, y la Ley General de Seguridad Social, cuyo texto refundido es de 1974, cada una de las cuales regulaba respectivamente la primera y la segunda de las materias citadas.

La existencia de dos normas distintas se acompañaba de la existencia de mecanismos de financiación diferentes para unas y otras (las primeras a través de los Presupuestos Generales del Estado, con la contribución parcial de las corporaciones locales; las segundas a través de las cotizaciones sociales propias de un sistema de Seguridad Social).

Y también de una dependencia administrativa diferente hasta la creación del Ministerio de Sanidad (en el primer caso, por vincularse a la idea de la “policía sanitaria”, la Dirección General de Sanidad dependía del Ministerio llamado “de la Gobernación”, o de Interior; en el segundo, el INSALUD recién creado dependía, como todas las instituciones de la Seguridad Social del Mº de Trabajo, al que se le añadió el título referente a la Seguridad Social)

La opción adoptada para resolver esa separación fue la integración funcional de unas y otras cuestiones, en primer lugar mediante su tratamiento en una norma única, pero también a través de la integración de unas y otras funciones en unas mismas estructuras sanitarias⁸⁴. Esto tuvo lugar no tanto en los niveles más altos de responsabilidad administrativa y de gobierno, sino sobre todo en las instituciones sanitarias que prestan directamente la atención al ciudadano, en especial en el nivel de las Áreas de salud y las correspondientes Zonas Básicas de Salud.

A esos niveles más básicos de atención, esta opción integradora, la más compatible con el lenguaje de “atención integral a los problemas de salud” que impregna la totalidad de la Ley (atención que, se repite en el texto de aquella, debe ser de promoción de la salud, de prevención, y rehabilitadora, y no sólo de curación de la enfermedad⁸⁵) no era ni es la única opción posible. De hecho se trata de un modelo que carece de referencias en otros países desarrollados, en los que la estructura de los servicios de Salud Pública es independiente de los de atención sanitaria. Algo que comienza a demandarse también en nuestro país de manera muy expresa, a la vez que,

⁸⁴Puede verse en este sentido el artículo 4 de la LGS: “*Tanto el Estado como las Comunidades Autónomas y las demás Administraciones públicas competentes organizarán y desarrollarán todas las acciones sanitarias a que se refiere este título dentro de una concepción integral del sistema sanitario*”.

⁸⁵ Pueden verse de manera especialmente expresa a este respecto los artículos 6 y 46 b).

por el contrario, se requiere la “profesionalización” definitiva de los agentes de Salud Pública”⁸⁶.

Su prescripción para nuestro país debe también considerarse el resultado de la influencia del discurso orientado en la misma línea que se promovía en aquel momento, y en especial para su aplicación a los países en desarrollo, desde el ámbito de la OMS. Este discurso caló, por las razones que se han indicado también, a falta de otras perspectivas, en quienes desarrollaron la Ley General de Sanidad, con escasos resultados reales.

Por el contrario, la integración en un mismo Ministerio de las funciones de Salud Pública y las asistenciales no tuvo un reflejo organizativo valorable. Como ya venía ocurriendo desde antes de la aprobación de la Ley, una Dirección General de Salud Pública se constituyó en heredera de las funciones de la antigua Dirección General de Sanidad a la que se ha aludido, y el INSALUD ya existente se mantuvo con rango de Dirección General bajo la dependencia directa del titular del Departamento sanitario.

Tampoco se produjo ninguna clase de integración presupuestaria, manteniéndose los orígenes y vías presupuestarias diferentes que se han descrito antes. La integración presupuestaria sólo se llevó a cabo en su ámbito por las CCAA a medida que disponían de las transferencias “completas”, un proceso de cuya lentitud se ha dado cuenta en el cuadro 1.

Como un hecho ya constituido, la Ley mantuvo también las dos vías diferentes de acceso a las dos clases de competencias sanitarias por parte de las CCAA que también se han descrito, de las cuales las de salud pública se habían hecho efectivas casi por completo cuando se promulgó la Ley.

Con ello se mantuvo también la diferenciación entre las competencias de planificación y las de atención sanitaria (en el ámbito de la Seguridad Social). Estas

⁸⁶ “Los agentes de Salud Pública no compartirán sus actividades con la clínica (al estilo de los médicos de APD), pero sí tendrán un papel renovado en la articulación de los niveles asistenciales, e incluso en los flujos de pacientes, sin desaprovechar la ventana que le ofrece La Atención Primaria de Salud (APS) para contactar con la realidad de cada territorio. Deberían formarse Comités Locales de Salud Pública, abarcando áreas de unos 100.000 habitantes, desarrollando las políticas medioambientales y salubristas. La informatización de las Historias Clínicas debería permitir un uso preventivo de la información que contienen, derogando el actual sistema obsoleto de Declaración Obligatoria de Enfermedades. No debería alimentarse por más tiempo el viejo sueño de un profesional de AP que tras realizar su consulta se dirige a las fábricas de su barrio, o a inspeccionar las piscinas y bares de su zona. Al médico de familia debemos exigirle expertiza (sic) en la clínica, y una actitud de colaboración con el especialista de Salud Pública de su territorio (al igual que debiera tenerla el médico de hospital)” (Borrell, 2008). Se pueden ver también en esa línea Aranda, 2007 ó Gervas, 2008. Para otros países, ver Tudor Hart, 2006, 2008 y 2009.

últimas eran las que en la práctica permitían cumplir con la planificación llevada a cabo en cada territorio, por disponer de los fondos principales para ello, en especial en lo que se refiere a la construcción de nuevos centros sanitarios, fueran del nivel primario o del hospitalario. Tal diferenciación no tuvo mayores efectos en las CCAA con transferencias “completas”, pero, por el contrario, dió lugar a numerosos conflictos en aquellas otras en las que el traspaso del INSALUD no se hizo efectivo hasta enero de 2002.

2.2) Si se sigue el orden de exposición en el preámbulo de la Ley, su segundo gran objetivo era la integración de las numerosas estructuras dispersas que se habían originado en los distintos niveles de la administración española, incluida para resolver y afrontar de manera específica en cada caso diferentes problemas que afectaban a la salud de los españoles.

*Ése era el caso, por ejemplo, de los hospitales, de los que se habían constituido bajo distinta dependencia diferentes redes, en unos casos de hospitales monográficos (antituberculosos, de “enfermedades del tórax”, leproserías, psiquiátricos, de crónicos), en otros dedicados a la docencia (los hospitales Clínicos vinculados las Facultades de Medicina), en otros promovidos por las administraciones locales (ayuntamientos y diputaciones provinciales), orientados de manera prioritaria a la población “de beneficiencia”(es decir, los más pobres sin cobertura de la Seguridad Social). En todo caso, la red hospitalaria más amplia en el momento de la probación de la Ley era, como su propio preámbulo reconoce, la de esta última.

Los artículos de la Ley que se refieren a esta cuestión son el 66 y el 67 del texto legal, el primero de los cuales, que se reproduce de manera literal, establece:

“1. Formará parte de la política sanitaria de todas las Administraciones Públicas la creación de una red integrada de los hospitales del sector público

Los hospitales generales del sector privado que lo soliciten serán vinculados al Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con un protocolo definido, siempre que por sus características técnicas sean homologables, cuando las necesidades asistenciales lo justifiquen y si las necesidades económicas del sector público lo permiten.

2. Los protocolos serán objeto de revisión periódica.

3. El sector privado vinculado mantendrá la titularidad de los centros y establecimientos dependientes del mismo, así como la titularidad de las relaciones laborales del personal que en ellos preste sus servicios”.

Por su parte, el segundo de los artículos citados se dedica en su integridad a definir las condiciones de los llamados “convenios singulares” que permitirían tal vinculación a la red pública.

Una disposición transitoria de la Ley, la primera, estableció a su vez, que “*las Corporaciones Locales que en la actualidad disponen de servicios y establecimientos sanitarios que lleven a cabo actuaciones que en la presente Ley se adscriban a los Servicios de salud de las Comunidades Autónomas establecerán de mutuo acuerdo con los Gobiernos de las Comunidades Autónomas un proceso de transferencia de los mismos*”, añadiendo después que “*no obstante lo establecido en el apartado anterior, la adscripción funcional a que se refiere el artículo 50.2 de la presente Ley (referido a la constitución de los servicios autonómicos de salud, de la que se habla más adelante) se producirá en la misma fecha en que queden constituidos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Desde este instante, las Comunidades Autónomas financiarán con sus propios presupuestos el coste efectivo de los establecimientos y servicios que queden adscritos a sus Servicios de Salud*”.

La redacción de esos preceptos es buena muestra de la escasa concreción con la que se abordó en la propia Ley la constitución de esa “red hospitalaria pública” a la que, conforme a lo manifestado en el propio preámbulo, parecía aspirarse (y que, por otra parte, era uno de los elementos diferenciales de los “Servicios nacionales de salud” previamente constituidos) . En los términos citados caben amplios márgenes de aplicación temporal diferente, como así ocurrió, e incluso la posibilidad de abordajes distintos en todas aquellas cuestiones cuyo desarrollo dependiera del criterio de cada una de las CCAA.

En la práctica, una orden ministerial de 19 de Junio de 1986, es decir, apenas dos meses de la promulgación de la Ley, llevó a cabo la integración del personal de los Hospitales Clínicos no pertenecientes a los ámbitos de Cataluña y Andalucía⁸⁷, que ya habían recibido el traspaso del INSALUD, en los regímenes de personal de este Instituto.

Siguiendo pautas similares de integración de otras redes hospitalarias en la del INSALUD, que constituía la referencia principal y la base mayoritaria de la atención prestada a porcentajes cada vez más amplios de población, un Real Decreto de 1987, el

⁸⁷ En el caso andaluz, por un Real Decreto, el 1523/1986, de 13 de Julio, se estableció el régimen de integración de los Hospitales Clínicos en la Red de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social en Andalucía.

187/1987, de 23 de Enero hizo efectivo el traspaso al INSALUD de los centros de la Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNa)⁸⁸ que no habían sido traspasados previamente a las CCAA en los traspasos a éstas recogidos en el Cuadro 1 (en general los centros de mayor tamaño). En este caso el traspaso tampoco afectó a las dos CCAA que ya habían recibido la transferencia de los centros y servicios de este Instituto.

Por su parte, al personal de algunos centros dependientes de la Cruz Roja se le hizo la misma oferta de integración en los regímenes de personal del INSALUD. La oferta no fue simultánea a todos ellos, sino que se hizo de forma diferenciada, conforme a las características de cada centro y las razones de oportunidad local o provincial existentes en cada caso.

Las fórmulas para la integración de los centros dependientes de las corporaciones locales en los Servicios de Salud autonómicos tomó formas y tiempos diversos, como era también diferente el grado de desarrollo de los mismos.

En los casos de la CCAA uniprovinciales, éstas eran las herederas naturales de los recursos de las Diputaciones correspondientes, por lo que los centros dependientes de ellas se convirtieron en algunos casos (como el de Madrid) en el referente del Servicio Autonómico de Salud, en tanto se producía el traspaso de los medios del INSALUD. En otros casos, como Cataluña, donde se deba un desarrollo mucho más amplio de entidades dependientes de corporaciones locales y algunas entidades sin ánimo de lucro bien enraizadas en la atención sanitaria de su territorio, esos centros se constituyeron en una red propia (en el caso catalán, el Consorcio Hospitalario de Cataluña), que con el curso de los años estableció relaciones globales de concierto con el Instituto (y más tarde el Servicio) Catalán de la Salud.

Por su parte, las cláusulas relativas a la vinculación de centros privados al Sistema Nacional de Salud provocaron un importante aluvión de críticas de cuantos defendían la constitución de un auténtico Servicio Nacional de Salud. Sin embargo, más allá de esas críticas razonables, la vinculación prevista en los términos antes citados en la Ley tuvo escasos efectos reales. En la práctica, y salvo alguna excepción concreta⁸⁹, los hospitales privados siguieron rigiéndose por un sistema de “conciertos”

⁸⁸ AISNa era una entidad que había agrupado anteriormente a los centros antituberculosos, de enfermedades infecciosas y otros, previamente dependientes de la antigua Dirección General de Sanidad.

⁸⁹ Fue el caso de la Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz) en Madrid, a la que, tras una oferta finalmente rechazada de la integración de su personal en los regímenes de personal del INSALUD, como se había hecho en otros casos, se le adjudicó la atención hospitalaria de un Área de Salud. Sobre la Clínica de la Concepción, ver también las notas 102 y 137 y las páginas 152 y 240.

suplementarios de diferentes categorías que garantizaban la atención en ellos de pacientes propios del Sistema Nacional de Salud, a cambio de un sistema de pago por paciente y estancia, que tardó mucho tiempo en modificarse.

El mantenimiento en la práctica de diferentes redes y formas de vinculación de distintos grupos de hospitales al “Sistema” Nacional de Salud (un término diferente al de “Servicio”, sobre el que se hacen otras consideraciones más adelante) contribuyó a perpetuar una situación que permitió (si no fomentó) la diversificación posterior de los mecanismos de relación del propio Sistema con los centros. Esta diversificación inicial, no superada por la Ley General de Sanidad, en contra de sus propias aspiraciones manifestadas en el preámbulo, podría considerarse que está en la base de la dispersión administrativa de las formas de gestión actualmente existentes, que a juicio de algunos observadores (Martín, 2007 ; Menéndez Rexach, 2008) pone en peligro la subsistencia como tal del propio Sistema Nacional de Salud.

En apoyo de esa tesis, y del escaso rigor normativo de la Ley General de Sanidad en este aspecto, cabe recordar que tal dispersión comenzó con la habilitación por Cataluña al Servicio Catalán de la Salud para *“establecer acuerdos, convenios, conciertos, o fórmulas de gestión integrada o compartida con entidades públicas o privadas; formar consorcios de naturaleza pública con entidades públicas o privadas sin afán de lucro, con intereses comunes o concurrentes, que podrán dotarse de organismos instrumentales si procede; crear o participar en cualesquiera otras entidades admitidas en derecho, cuando así convenga a la gestión o ejecución de los servicios o actuaciones”* (artº 7º 2. de la Ley 15/1990, de 15 de Julio, de Ordenación Sanitaria). Esta disposición no fue tampoco contestada desde la Administración General del Estado, pese a ser promulgada tan solo cuatro años después de que lo fuera la LGS.

Se han descrito más arriba las peculiaridades en el ámbito hospitalario de aquella CA., que están sin duda en la base de la norma citada, y de las formas de gestión previstas en ella. Sin embargo, más allá de esas peculiaridades, la introducción por Cataluña de esa diversificación de las formas de gestión, que no eran las propias de un “servicio nacional de salud”⁹⁰, se convirtió de manera deliberada (por Cataluña se ha

⁹⁰ Como se ha descrito en otros textos (ver, por ejemplo, Rey del Castillo, 2000) los “Servicios Nacionales de Salud”, de los que el NHS británico era la muestra más genuina, se caracterizaban por la cobertura sanitaria universal vinculada a la condición de ciudadanía, la financiación por impuestos generales, y la propiedad pública y gestión directa de centros propios, en especial los de nivel hospitalario. Por su parte, los sistemas del tipo de “Seguridad Social” se caracterizaban por cubrir a la población trabajadora y sus beneficiarios, financiarse mediante cotizaciones sociales y prestar la atención

calificado siempre su organización de “modelo catalán”) y de hecho en referencia para la constitución de los servicios de salud de otras CCAA, incluso de aquéllas en las que las circunstancias en cuanto a propiedad de los centros fuesen por completo diferentes (Rey, 1998 i, p. 404-412). Con ello, en la práctica, se fue y se ha continuado produciendo de hecho la ruptura de los mecanismos homogéneos e integrados de gestión que proporcionaban una situación de ventaja en cuanto a resultados de eficiencia⁹¹ a los “servicios nacionales de salud”.

Cabe considerar que en el origen de esa ruptura está la laxitud con la que se trataron estas cuestiones en la Ley General de Sanidad.

* Un segundo objetivo de integración expreso en el preámbulo de la Ley son las competencias sanitarias dispersas en diferentes departamentos ministeriales, que para atender a problemas nuevos en cada caso, provocaron *“la ruptura del carácter unitario de la organización (sanitaria), que se fragmenta en diversos subsistemas que se ordenan separadamente, respondiendo a principios y finalidades propias, al margen de una dirección unitaria”*.

La concreción de esa aspiración, en todo caso razonable, se produce en la Disposición final tercera de la Ley, en la que se alude a diversos servicios dependientes del Ministerio de Justicia, los servicios sanitarios de las Fuerzas Armadas, los Laboratorios de Aduanas, los centros, servicios establecimientos sanitarios de las Mutuas de Accidentes y Mutualidades, además de los Hospitales Clínicos, a los que ya se ha hecho alusión en el apartado anterior.

Con esa relación tan restringida quedaban, sin embargo, de hecho al margen cuestiones tan importantes como el papel de los Ministerios de Hacienda y Trabajo en la definición de la financiación sanitaria; la regulación de los seguros privados, también los sanitarios, por el Ministerio de Hacienda⁹²; la organización de las enseñanzas sanitarias a nivel pregraduado, así como las titulaciones intermedias y la emisión de títulos médicos de especialidad por el Ministerio de Educación; o la regulación de los

a través de centros ajenos, de otra propiedad pública (por ejemplo, corporaciones locales) o de entidades sin ánimo de lucro, vinculados al servicio mediante sistemas de contrato.

⁹¹ Puede verse también a este respecto los trabajos de Elola (1995, 1996) y Rey (2000, 2003).

⁹² En algunos países, como Canadá, se considera tan importante la repercusión de la regulación de los seguros privados sobre el mantenimiento de la cobertura pública universal que dicha regulación excluye de la cobertura privada los servicios incluidos en la cobertura pública, de manera que las pólizas de aquélla no pueden incluir estos últimos (OECD, 1995, p. 36 edición española). Esta situación ha sido puesta en cuestión como consecuencia de una sentencia del Tribunal Supremo de Canadá de 9 de junio de 2005 (ref^a 2005 SCC 35, en el asunto Chaoulli frente a Québec) a la que se alude en la nota 437 (p.693).

regímenes especiales de Seguridad Social, incluyendo en ellos la protección sanitaria, de distintos grupos de funcionarios públicos, dependientes de diferentes Ministerios (MUFACE, del Ministerio de Presidencia, después del de Administraciones Públicas; MUGEJU, del de Justicia; ISFAS, del de Defensa), cuestión a la que se hace referencia más amplia en el apartado siguiente.

Todas estas cuestiones dejadas al margen de la Ley, y algunas de las que se incluyeron en la Disposición final citada⁹³ han sido objeto de diferentes cambios de distinta naturaleza a lo largo de los años, sin que haya variado la dispersión de dichas funciones entre distintos departamentos ministeriales que se daba en el momento de la aprobación de la Ley General de Sanidad. Lo que es la mejor expresión de que los mecanismos de integración de esas funciones diversas a los que aspiraba la Ley no se regularon en ella de manera suficientemente eficaz e incontestable. A algunos de los efectos más importantes de esa dispersión que prosigue se alude en los apartados siguientes.

2.3) A otros dos objetivos prioritarios de la Ley le dedica su preámbulo un párrafo tan expresivo como el siguiente:

“A las necesidades de reforma a las que se acaba de aludir (a las que se ha hecho referencia en los apartados anteriores), nunca cumplimentadas en profundidad, han venido a sumarse, para apoyar definitivamente la formulación de la presente Ley General de Sanidad, dos razones de máximo peso, por provenir de nuestra Constitución, que hacen que la reforma del sistema ni pueda ya demorarse. La primera es el reconocimiento en el artículo 43 y en el artículo 49 de nuestro texto normativo fundamental del derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, derecho que, para ser efectivo, requiere de los poderes públicos la adopción de las medidas idóneas para satisfacerlo. La segunda, con mayor incidencia aún en el plano de lo organizativo, es la institucionalización, a partir de las previsiones del título VIII de nuestra Constitución, de Comunidades Autónomas en todo el territorio del Estado, a las cuales han reconocido sus Estatutos amplias competencias en materia de Sanidad...”

⁹³ Se pueden citar entre ellos la supresión de la mayoría de los hospitales militares y el convenio de algunos de ellos con la red sanitaria general; o la integración de la sanidad penitenciaria en los servicios sanitarios generales, todavía no consumada. El Instituto Nacional de Toxicología y la Medicina Forense permanecen de manera indubitada vinculados al Ministerio de Justicia. A las Mutuas de Accidentes se les ha dado la oportunidad de gestionar la incapacidad laboral de manera más amplia. Se trata de movimientos en sentido contrario a lo previsto, sin plazos ni condiciones, en la propia Ley.

Al análisis del desarrollo de la primera de esas razones por la Ley se le dedica el primer apartado, dejando el resultado del desarrollo en la Ley de la segunda para el siguiente.

* El artículo en el que se establece en la Ley la extensión del derecho a la protección de la salud es el primero, cuya expresión literal es la siguiente:

“1. La presente Ley tiene por objeto la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución.

2. Son titulares del derecho a la protección de la salud y la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

3. Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

4. Para el ejercicio de los derechos que esta Ley establece están legitimadas, tanto en la vía administrativa como jurisdiccional, las personas a que se refiere el apartado 2 de este artículo”.

A este artículo, que podría debatirse hasta qué punto desarrolla o especifica mejor lo establecido ya casi ocho años antes por el artículo 43 de la Constitución, al menos en lo que se refiere a los ciudadanos españoles, cabe añadirle como principal matización lo establecido en el artículo 3 de la Ley siguiente:

“1. Los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades .

2. La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva.

3.La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales”.

El primero de los apartados citados constituye una muestra más del lenguaje referido a la atención “integral” y a la superación del enfoque meramente curativo que ya se ha comentado que impregna toda la Ley, y que se repite en los artículos siguientes.

Por el contrario, el mayor avance de los artículos citados respecto a lo establecido en la Constitución, y como desarrollo de ésta, parece la especificación por el apartado 2 de este mismo artículo de que el criterio de igualdad que se establece en la Ley para el ejercicio del derecho es el de igualdad efectiva en el acceso a los servicios y

en las prestaciones recibidas. La corrección de los desequilibrios territoriales y sociales a los que se refiere la Ley a continuación hay que entenderlos, en consecuencia, referidos a garantizar la “igualdad efectiva” en el acceso y en las prestaciones recibidas por todos los ciudadanos.

A este respecto, cabría aceptar que el concepto de “prestación”, aún con ciertas limitaciones⁹⁴ puede ser más fácilmente definido o aplicado. De lo que no existe en todo caso una definición clara y comúnmente aceptada es del concepto de “acceso” a los servicios sanitarios, término que varía en sus interpretaciones entre un concepto más cercano a la oportunidad de utilización de los servicios y el de la propia utilización (citas a ampliar sobre acceso).

De cualquier forma, hay argumentos para considerar que, sin necesidad de alcanzar una definición exacta de ese término⁹⁵, existen algunas cuestiones que condicionan de manera efectiva el acceso a los servicios sanitarios, sea éste entendido como oportunidad de uso o como utilización real de los propios servicios. Y también que esas cuestiones actúan de manera escalonada, de manera que sin la consecución de la primera condición de nada vale alcanzar sólo la segunda, y sin las dos primeras no vale sólo la tercera para lograr la “igualdad efectiva” en el acceso.

- La primera de esas condiciones sería la existencia de un mismo sistema de cobertura sanitaria pública para toda la población, que permitiera el acceso a los servicios sin necesidad de hacer aportaciones económicas (copagos o tasas) en el momento de utilización de los servicios. La justificación de esa primera condición, por otra parte coincidente con algunas de las condiciones bajo las que se constituyó la protección sanitaria universal en Canadá, un país que incluye entre los elementos más característicos de su propia constitución como país precisamente la cobertura sanitaria pública universal⁹⁶, sólo puede hacerse recurriendo al análisis de la situación en cuanto

⁹⁴ Estas limitaciones se pusieron especialmente de manifiesto en la elaboración y la promulgación del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (Conde, 1995; Freire, 1995). Se trata de una norma que, de manera inédita en aquel momento respecto a las definiciones de las prestaciones establecidas por otros sistemas sanitarios del tipo de los “servicios nacionales de salud”, desarrolló un listado de las atenciones cubiertas por el Sistema Nacional de Salud español, que se asemejaba, sin llegar al mismo grado de pormenor, a los listados de prestaciones cubiertas de que disponen los sistemas “de seguro”, principalmente los privados. En los listados de éstos se especifican con todo grado de detalle (y voluntad de limitación) las actuaciones sanitarias cubiertas y las condiciones en que deben prestarse para que se consideren incluidas en la “póliza” correspondiente.

⁹⁵ Sobre el concepto de acceso a los servicios sanitarios ver Gulliford (2003).

⁹⁶ Las cinco condiciones establecidas en la Ley Sanitaria de Canada (Canada Health Act) de 1984 son las siguientes (OECD, 1995; p. 35 y 36 de la edición española):

a acceso a los servicios sanitarios en un país en el que existan sistemas de cobertura diferentes, e incluso grupos de población sin ninguna clase de cobertura sanitaria.

Esta última situación sólo se da entre los países desarrollados en los Estados Unidos, un país en el que se conjugan a la vez el mayor nivel de gasto sanitario (que alcanza ya hasta el 16% del PIB) con la existencia de un porcentaje creciente y superior al 15% de su población legal que carece de cobertura sanitaria alguna, y una proporción mayoritaria de su población (el 63,1 % de los menores de 65 años en 2004, con tendencia a decrecer por el encarecimiento de los seguros sanitarios) que la recibe a través de múltiples seguros privados, concertados para sus empleados y sus familias por las empresas (Krugman, 2006). A su vez, la cobertura pública se extiende a la población mayor de 65 años por el servicio federal denominado Medicare (que cubría a 39,7 millones de personas en 2004) y, a través del servicio denominado Medicaid, administrado y financiado parcialmente por los Estados, a la que no alcanza un nivel mínimo de ingresos (37,5 millones de personas en 2004, con tendencia a descender por el establecimiento de condiciones cada vez más rigurosas para acceder a este sistema de cobertura). Existe también un sistema especial de cobertura con medios propios para los veteranos del ejército.

Un conjunto de estudios sucesivos realizados a lo largo de varios años por los Institutos de Salud (NIH) permitió demostrar que el factor determinante del acceso a los servicios sanitarios en aquel país es la disponibilidad o no de cobertura sanitaria, y que este factor supera las diferencias derivadas del nivel de riqueza personal o de cualquier otro factor (Committee on the Consequences of Insurance, 2001, 2002 a y b, 2003 a y b, 2004; Lancet, 2002)⁹⁷.

“-*Universalidad*”, que requiere que el 100 por ciento de las personas aseguradas de la provincia ha de ser titulares de los servicios sanitarios asegurados por el plan provincial de seguridad sanitaria en términos y condiciones uniformes.

-*Extensión* para asegurar todos los servicios sanitarios básicos.

-*Accesibilidad* para las personas aseguradas a los servicios médicos básicos en condiciones y términos uniformes y sin barreras, incluyendo cargas a los pacientes por los servicios sanitarios asegurados.

-*Transferibilidad* de cobertura sanitaria para las personas aseguradas cuando se desplazan en Canadá o cuando viajan por el interior o por el exterior del país.

-*Administración pública*, asegurando que el plan provincial de seguridad sanitaria se administra en una base no lucrativa por una autoridad pública nombrada o designada por el gobierno provincial y sometida a auditorías”.

⁹⁷ De otros estudios posteriores con enfoques diferentes se derivan conclusiones similares: en uno muy reciente (Halpern, 2008), realizado por investigadores de la American Cancer Society sobre la totalidad del país, se concluye que la población no cubierta por seguros privados o Medicare (que cubre a toda la población mayor de 65 años) tiene una probabilidad significativamente mayor de ser diagnosticada de algún cáncer en una fase más avanzada de la enfermedad, que disminuye sus posibilidades de supervivencia, que si dispone de una u otra cobertura. En este estudio, las probabilidades de un diagnóstico temprano o de ser incluido en algún estudio de diagnóstico precoz son también más reducidas

La extensión de la cobertura pública por Medicare y Medicaid es tan determinante del acceso a los servicios sanitarios en aquel país que, según uno de los informes de la serie (Committee on the Consequences of Uninsurance. (2003 a)), en diferentes territorios condiciona incluso el acceso a esos servicios de aquellos ciudadanos que carecen de cobertura pública, pero sí disponen de cobertura privada (que sólo es estrictamente privada para alrededor del 5% más rico de la población, siendo el resto cubierto por los seguros privados). La razón es que la extensión de la cobertura pública en cada Estado determina la existencia de un volumen proporcional de recursos sanitarios que tienen garantizada su demanda, cuya utilización, conforme a las características de la organización sanitaria de aquel país, en el que la provisión de servicios es mayoritariamente privada, es también accesible a quienes disponen de cobertura privada. Ésta, por el contrario, no garantiza por sí sola una demanda estable y de suficiente amplitud que estimule la implantación de un volumen de recursos sanitarios (personal, hospitales) suficiente siquiera para atender a la población cubierta por los seguros privados⁹⁸.

Las otras dos cuestiones que condicionan el acceso a los servicios sanitarios como siguientes escalones parecen ser, en relación con lo anterior, la disponibilidad de ciertos niveles de recursos en el entorno más próximo (que se suele medir en isocronas) y el nivel personal de instrucción (Kickbusch, 2001; Department of Health, 2008, p. 57-58), siendo este último un factor que facilita el acceso a cualquier nivel y en cualquier lugar para una misma disponibilidad de recursos. Por otra parte, el comportamiento de éstos es también peculiar, de manera que superado un cierto nivel de recursos (que

para las personas cubiertas por Medicaid, que sólo cubre a la población cuyos ingresos están por debajo del nivel mínimo establecido, que para aquellos incluidos en seguros privados o cubiertos por Medicare. En otros estudios realizados de manera repetida por la Kaiser Family Foundation (accesibles en www.kff.org) se demuestra que el gasto per cápita en Medicaid para una persona en mal estado de salud es menor que el que se da en los seguros privados: en 2004, por ejemplo, el primero suponía 9.615 dólares, cifra que se elevaba hasta 14.785 en los seguros privados, lo que haría inaccesible la posibilidad de extender ese tipo de cobertura a toda la población cubierta por Medicaid. Esas diferencias en gasto per cápita son debidas en buena parte a unos niveles retributivos para los proveedores (médicos y hospitales) más bajos. Este nivel de pago inferior podría supuestamente afectar a la voluntad de los proveedores para participar en el programa y dificultar con ello el acceso de ese grupo de población a los servicios cubiertos, que no son iguales en unos y otros sistemas. Por el contrario, los mismos estudios demuestran que la utilización de los servicios básicos por los beneficiarios de Medicaid es globalmente la misma, o incluso superior, a la utilización de esos servicios por los grupos de población de ingresos más bajos cubiertos por seguros privados.

⁹⁸ Esta situación sería semejante a lo que ocurre en España con la compañías privadas de seguros sanitarios que tienen concertada la asistencia con las Mutualidades de funcionarios que todavía persisten: para la atención de los mutualistas que residen en el ámbito rural o en ciertas localidades urbanas de tamaño medio, las compañías “reconciertan” la atención de la población correspondiente con el sistema público de salud, que es el único que dispone de medios personales y hasta hospitalarios en esos territorios. Esos “reconciertos” se publican cada año en el BOE.

parece diferente para cada tipo o grupo de servicios), el aumento de la dotación no mejora el acceso a ellos⁹⁹.

En cuanto a las diferencias derivadas del distinto nivel educativo, se trata de un problema difícil de resolver desde el propio sistema sanitario si no es con intervenciones selectivas dirigidas a facilitar el acceso a ciertos recursos o programas que pudieran ser de interés prioritario por razones sanitarias, individuales o colectivas (por ejemplo, las vacunaciones), o de otro tipo, pero no existen medios para resolver esta cuestión con carácter general.

- Si se comparan esas condiciones con las que se daban en España en el momento de la elaboración de la Ley General de Sanidad se puede fácilmente concluir que la primera medida que debería adoptarse para lograr la cobertura sanitaria universal en condiciones de igualdad en el acceso a los servicios y las prestaciones no era otra que el establecimiento de un sistema homogéneo y universal de cobertura para toda la población.

Fuera o no éste el fundamento de las normas adoptadas al efecto en la Ley, ésta recogió algunas disposiciones tendentes a promover la unificación de los sistemas de protección, y la extensión de la atención sanitaria a toda la población. El texto que las recoge es su Disposición Final Segunda, cuyos términos literales son los siguientes:

“Hasta tanto los sistemas públicos de cobertura sanitaria no queden integrados en el Sistema Nacional de Salud, el Gobierno, en el plazo de dieciocho meses contados a partir de la publicación de la presente Ley, procederá a la armonización y refundición de:

1.La asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en los casos de enfermedad común o profesional y de accidentes, sean o no de trabajo a que se refiere el artículo 20.1-a) de la Ley general de la Seguridad social de 30 de mayo de 1974, y disposiciones concordantes, tanto del Régimen General como de los Regímenes Especiales, incluidos los regulados por leyes específica: Agrario, Trabajadores del mar y Funcionarios Civiles del Estado y al servicio de la Administración de Justicia y los miembros de las Fuerzas Armadas a que se refiere el artículo 195 de la Ley 85/1978, de 28 de diciembre..

2.La asistencia médico farmacéutica a los funcionarios y empleados de la Administración local.

⁹⁹ Ver a este respecto la página 658.

3.La asistencia sanitaria de la Sanidad Nacional a que se refiere la Ley de 25 de noviembre de 1944; el artículo segundo, apartado uno; disposición final quinta, apartado dos, del Decreto Ley 13/1972, de 29 de diciembre y disposiciones concordantes, incluida la asistencia psiquiátrica, de enfermedades transmisibles y la correspondiente a la beneficencia general del Estado.

4.La asistencia sanitaria general y benéfica de las Diputaciones Provinciales y Ayuntamientos a que se refieren las bases 23 y 24 de la Ley de 25 de noviembre de 1944, la Ley de Régimen Local y disposiciones concordantes.

5.La asistencia sanitaria a los internos penitenciarios a que se refieren los artículos 3º y 4º de la Ley 1/1979, de 26 de septiembre, y disposiciones concordantes.

6.La asistencia sanitaria a mutilados civiles y militares como consecuencia de acciones de guerra o defensa del orden público y la seguridad ciudadana”.

Por su parte, la Disposición final decimocuarta añadía que “*se autoriza al Gobierno para modificar los mecanismos de protección sanitaria de los diferentes regímenes públicos existentes, acomodándolos a los principios establecidos en la presente Ley*”.

Abrir un plazo transitorio para hacer lo que la propia Ley podía hacer no fue, en este caso como en otros que ya se han comentado, la mejor forma de llevar a cabo lo que la Ley podía y debía haber hecho para hacer efectivo el derecho a la protección sanitaria en condiciones de igualdad en el acceso. Lo que pone en cuestión si el objetivo citado iba más allá de su invocación retórica.

La mejor expresión de las dudas que se pueden suscitar sobre la fuerza del compromiso con el objetivo citado es el calendario de aplicación de las medidas de “armonización y refundición” de los diferentes sistemas de protección sanitaria existentes que se produjo a partir de la promulgación de la Ley. Ese calendario es también expresivo de la oportunidad que con ello se dio a la manifestación de las resistencias a los cambios que esas medidas suscitaban por parte de cuantos, personas, grupos o instituciones, e incluso departamentos ministeriales, se sentían más cómodos con la situación previamente existente, que queda suficientemente descrita en la disposición citada.

Dicho calendario, que siguiendo pautas hondamente enraizadas en la tradición normativa española superó con creces el plazo de dieciocho meses previsto de manera expresa en la disposición citada para la adopción de las medidas correspondientes (y que incluso no se ha cerrado todavía) , se puede resumir de la manera siguiente:

-El primero de los grupos que con carácter general se integraron en lo que la propia Ley denomina como “la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social” fue el de las personas sin recursos económicos suficientes que constituían los “padrones” de beneficencia de las corporaciones locales, a los que se refiere el apartado 4 de la Disposición final segunda de la Ley que se ha reproducido más arriba. Esta integración tuvo lugar mediante el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre.

Esta norma, de carácter básico en su mayor parte, pero aplicable de hecho en su totalidad al ámbito de las CCAA que todavía no habían recibido el traspaso de la gestión del INSALUD, fue precedida por otra propia del País Vasco en el mismo sentido, el Decreto 26/1988, de 16 de febrero, de aquella CA, y por otro Decreto de la Comunidad Valenciana, el 88/1989, de 12 de junio, de igual orientación. Ambas CCAA habían recibido el traspaso de la gestión del INSALUD en 1987. Galicia y Navarra, que recibieron los traspasos en 1990, dictaron en ese mismo año disposiciones propias acordes con el Real Decreto 1088/1989, y lo mismo hicieron Cataluña y Andalucía, que disponían de los traspasos desde mucho antes.

La extensión de la protección sanitaria a estos grupos se preveía en la norma que se hiciera de oficio o a solicitud de los interesados. Lo que la norma no preveía en ningún caso era la dotación de recursos adicionales para el INSALUD por la asunción de la atención de estos grupos de población, ni el traspaso de los recursos económicos utilizados por las corporaciones locales para la atención previa de estos mismos grupos. Como consecuencia de ello, en la mayoría de los casos las corporaciones locales se fueron deshaciendo de hecho de la atención que les venían prestando (una cantidad relevante en los ayuntamientos de mayor tamaño) sin efectuar ninguna otra compensación.

Por el Ministerio de Sanidad y la Federación Española de Municipios y Provincias se buscaron formas de compensación por el traspaso de la atención, pero éstas sólo dieron como resultado limitado la firma de algunos convenios con ciertos ayuntamientos de mediano tamaño (entre ellos el de Gijón) en los que éstos utilizaron como compensación la cesión de algunos locales o solares para la construcción de centros de salud, y en ningún caso una compensación económica neta

Otro problema generado por esta forma de “ceder” la atención de estos grupos de población sin recursos fue consecuencia de la asunción previa de la prestación farmacéutica de estos grupos por las corporaciones locales. Al pasar a ser atendidos por el INSALUD (o la CA correspondiente que hubiese asumido la gestión del Instituto) lo

eran en una situación similar a la de los trabajadores activos, es decir, teniendo que hacer el 40% de aportación a la prestación farmacéutica. También de manera puntual algunos ayuntamientos asumieron el coste de esa partida, mientras que en la mayoría de los casos los afectados debieron asumir la búsqueda personal de formas de hacer frente a la aportación citada¹⁰⁰.

Como resumen general, además de los retrasos y las diferencias en el acceso y las prestaciones que se han apuntado, el resultado de esta faceta de la universalización de la atención es que sus costes fueron asumidos de hecho de manera principal por los trabajadores asegurados, cuyas cotizaciones, directas o a través de la aportaciones empresariales constituídas como gravámenes sobre los puestos de trabajo, constituían hasta 1989 la base fundamental de la financiación sanitaria. Y todo ello en detrimento de las dotaciones generales sanitarias. Un resultado en flagrante contradicción con lo previsto en el artículo 80 de la propia Ley, que establecía que *“el Gobierno regulará el sistema de financiación de la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social para las personas no incluidas en la misma que, de tratarse de personas sin recursos económicos, será en todo caso con cargo a transferencias estatales”*.

-Los funcionarios y empleados de la Administración local contaban con un régimen especial de Seguridad Social gestionado por una mutualidad que los cubría de manera específica. Ésta prestaba la asistencia sanitaria de distintas maneras: en unos casos existía un concierto¹⁰¹ entre la Mutualidad correspondiente y la Tesorería General de la Seguridad Social, con arreglo al cual esta última prestaba la atención al personal de las corporaciones locales (la mayoría de menor tamaño) acogidas al mismo. Otras, la mayoría las de mayor tamaño y presupuesto, habían promovido el desarrollo de centros sanitarios propios, incluso hospitalarios en algún caso, con los que atendían también al personal a su servicio. Otras, por último, a la manera de MUFACE, prestaban la atención sanitaria en régimen de concierto con entidades privadas.

Un Real Decreto, el 489/1993, de 2 de abril, pasó a integrar ese Régimen especial en el General de la Seguridad Social. Pero la propia norma tenía su régimen transitorio: en el caso de la asistencia sanitaria, la Disposición transitoria Quinta

¹⁰⁰ En el País Vasco, donde la extensión de la cobertura sanitaria a la población de beneficencia, como se ha indicado, se adelantó a la disposición estatal, una norma de desarrollo del Decreto autonómico 26/1988 citado, la Orden de del Departamento de Sanidad y Consumo de aquel gobierno de 17 de febrero del mismo año, estableció los grupos de dicha población a los que no se exigiría participación alguna en el precio de los medicamentos, ciñendo esa condición a los siguientes grupos: -mayores de 65 años; -viudos o viudas; -huérfanos menores de 18 años; -minusválidos con una minusvalía igual o superior al 33%.

¹⁰¹ El concierto se regulaba por lo establecido en un Real Decreto, el 3241/1983, de 14 de diciembre.

permitía la subsistencia de las formas de atención que se viniera prestando “*con medios ajenos mediante concierto con entidades privadas, mutualidad, hermandad, concierto con medios propios de otras Corporaciones o fórmulas mixtas*” o “*con medios propios*” “*previa consulta a las Organizaciones sindicales más representativas, y por acuerdo expreso del Pleno de las mismas u órgano de representación similar*”. En estos casos, según se señala en la propia Disposición, “*la prestación citada se otorgará con la intensidad y la extensión previstas en el Régimen General*”.

La misma Disposición transitoria establecía que “*como compensación económica por los costes derivados de la dispensación de la asistencia sanitaria... en los términos previstos en los apartados anteriores de esta disposición transitoria las Corporaciones locales, instituciones o entidades tendrán derecho a aplicar los correspondientes coeficientes reductores de la cotización por el personal activo objeto de la integración en los términos previstos en la normativa vigente para los supuestos de exclusión de asistencia sanitaria... del Régimen General*”.

Con arreglo a todo ello, siete años después de preverse en la Ley la integración del personal citado en el régimen de atención sanitaria general se establecían limitaciones añadidas a la integración mencionada, favoreciendo, por el contrario, el mantenimiento indefinido, que continúa hasta ahora, de una mera “*armonización*” de prestaciones, que tampoco se ha llevado a cabo de manera expresa y que la propia Ley preveía, por lo que parece con escaso grado de convicción y menor aún voluntad de aplicación, como un mecanismo transitorio de duración limitada.

Desde el punto de vista económico, las reducciones de las cotizaciones previstas se traducían también en este caso en la renuncia a los beneficios de las economías de escala y la gestión integrada que caracterizaba a los servicios nacionales de salud.

-Para la atención del personal cubierto por el Régimen especial de trabajadores del mar se había constituido una entidad gestora específica, el Instituto Social de la Marina, que era y sigue siendo dependiente del Ministerio de Trabajo.

Este Instituto, además de los medios necesarios para la atención en el mar, constituídos principalmente por un barco con dotación médica (hasta quirófano), el Esperanza del Mar, que acude a las zonas marítimas más alejadas de nuestras costas en las que se desarrollan de manera preferente y concentrada las actividades pesqueras de los barcos españoles, disponía también de una red sanitaria propia en tierra.

Dicha red estaba constituída principalmente por centros de atención primaria y algunas especialidades situados en las provincias y lugares costeros con mayor

población dedicada a esta actividad, y un centro de especialidades situado en Madrid¹⁰², que prestaba atención preferente a los trabajadores y directivos de la sede central del Instituto. El personal que prestaba servicio en esos centros solía hacerlo como una plaza específica destinada a la atención de los beneficiarios de este régimen, que en muchos casos eran desempeñadas de manera simultánea con otra plaza del Régimen General de la Seguridad Social. Sólo en aquellos casos en que no existían centros independientes existían “cupos mixtos” de ambos regímenes.

La red carecía de hospitales propios, por lo que la asistencia hospitalaria se dirigía en la mayoría de los casos a las instituciones dependientes de la red sanitaria general de la Seguridad Social, con la excepción de Madrid, donde existía un concierto específico con una entidad hospitalaria público-privada que mantenía también régimen de concierto con el INSALUD. Pero en este caso el concierto permitía el uso de los recursos sanitarios privados de la misma clínica, al margen de la atención prestada a los pacientes del régimen General.

Tal situación ofrecía las condiciones más favorables para la integración de ambos regímenes, en especial en el sentido de la integración del personal e instituciones del Instituto Social de la Marina en el régimen de personal e institucional propio del Régimen General. Pero esas condiciones no fueron suficientes como para evitar que la integración se demorase de manera sustancial en el tiempo.

De hecho, frente a la opción posible de proceder de manera integral al traspaso de la totalidad de personas, medios y servicios al INSALUD (más las dos CCAA a las que ya se habían hecho los traspasos de este Instituto), se eligió, por el contrario, la vía escalonada y muy gradual de ir cediendo medios y servicios sanitarios a las diferentes CCAA que habían recibido o fueron recibiendo sucesivamente los traspasos del propio INSALUD, proceso que se ha ido prolongando notablemente en el tiempo: Baleares, que es la última CA que ha recibido los traspasos, lo hizo en diciembre de 2007 (Real Decreto 1733/2007, de 21 de diciembre).

Pero otras CCAA no le han ido a la zaga: Cantabria lo recibió un año antes, en diciembre de 2006, por Real Decreto 1584/2006, de 22 de diciembre; Asturias en 2005, mediante el Real Decreto 1292/2005, de 28 de octubre; Andalucía poco antes, en julio de 2004, con el Real Decreto 1784/2004, de 30 de julio; Cataluña en 1997, mediante el

¹⁰² La Clínica de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz), a la que se alude en las notas 89 y 137, y en las páginas 152 y 240, en la que trabajaban algunos médicos que lo hacían también en el Instituto Social de la Marina.

Real Decreto 1049/1997, de 27 de junio; y Canarias, Valencia, el País Vasco y Galicia, todas ellas en 1996, mediante los Reales Decretos 2464/1996, 1951/1996, 1946/1996 y 212/1996 respectivamente.

Aún en 2007 una Resolución de 21 de diciembre de la Subsecretaría del Ministerio de la Presidencia publicaba (BOE de 1 de enero de 2008) el acuerdo de encomienda de gestión suscrito entre el Instituto Social de la Marina y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA, lo que queda del INSALUD no transferido a las CCAA) *“para la prestación de asistencia sanitaria al colectivo del régimen especial de la Seguridad Social de trabajadores del mar de Ceuta y Melilla”*. Un título que refleja de manera evidente la escasa penetración que, pese al tiempo transcurrido desde la promulgación de la Ley General de Sanidad, ha tenido la extensión del derecho a la protección de la salud como derecho vinculada a la condición de ciudadanía española, cuando aún se sigue invocando el régimen laboral como fuente de ejercicio de tal derecho.

Por otra parte, una Resolución de la Dirección Provincial del Instituto Social de la Marina en Madrid de 13 de marzo de este mismo año de 2008 hacía pública en el BOE del 25 del mismo mes la convocatoria de un concurso para adjudicar el suministro de un ecógrafo Doppler digital con destino al centro de especialidades de esta misma ciudad al que se ha hecho referencia anteriormente. Es una prueba fehaciente de cómo el mantenimiento de estructuras sanitarias que, con arreglo a lo establecido al respecto en la Ley General de Sanidad, debían haber sido incluídas hace mucho tiempo en la atención sanitaria que prestan las estructuras propias del Sistema Nacional de Salud, se mantienen con gran resistencia sin que se produzca la integración prevista. Lo que sigue ocurriendo sin que, dada la ausencia de cualquier otra peculiaridad sanitaria o ciudadana por parte de quienes navegan en tierra, parezcan existir otras razones para ello que los intereses de aquellos que puedan sentir mejor protegida su salud por esos medios.

-Veintidós años después de que se previese la citada “armonización”, o la integración en el Sistema Nacional de Salud en el caso de las entidades gestoras de la prestación sanitaria a los funcionarios de la Administración General del Estado (MUFACE), a los de la Administración de Justicia (MUGEJU), y a los de las Fuerzas Armadas (ISFAS), no se han producido todavía ni la una ni la otra. Sin duda entre otras razones, porque la dependencia, que continúa, de los citados regímenes de diferentes departamentos ministeriales ha tenido un efecto disuasorio al respecto. Lo que, unido a

las razones de intereses contrapuestos que se han citado en el caso anterior, han producido el efecto paralizador mencionado.

-La tendencia a mantener sistemas de atención diferenciados para colectivos concretos no sólo incluye a los grupos a los que hacía referencia expresa la Ley General de Sanidad para promover primero su “armonización” para el período más inmediato y con carácter provisional, y luego su integración en una forma única de protección.

Algunos colectivos específicos disponían de sistemas de protección igualmente diferenciados cuyas peculiaridades no se amparaban en la creación de un régimen especial de Seguridad Social, por lo que no tienen un reflejo expreso en la Ley:

-Ocurría así con las denominadas “empresas colaboradoras en la gestión del Régimen General de la Seguridad Social”, cuyo establecimiento data de una Orden ministerial de 25 de noviembre de 1966. En el caso de la asistencia sanitaria la colaboración exigía como requisito principal, además de tener más de quinientos trabajadores, la disponibilidad por parte de la empresa correspondiente de instalaciones sanitarias propias que pudieran ser utilizadas para la atención de sus trabajadores. En el caso de empresas que tuvieran como finalidad, exclusiva o no, la de prestar asistencia sanitaria, el cumplimiento de este segundo requisito permitía a la empresa correspondiente constituirse en entidad colaboradora en la asistencia sanitaria siempre que tuviera más de cien trabajadores fijos y en alta en la Seguridad Social.

A cambio de prestar esta atención, la empresa podía retener de su aportación a la Seguridad Social determinadas cantidades calculadas sobre la base del coste de esos servicios. Dichas cantidades se fijan en órdenes del Ministerio de Trabajo por las que se desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de garantía salarial y Formación Profesional establecidas en las leyes presupuestarias de cada año¹⁰³.

A medida que se fue produciendo la reducción de la participación de la Seguridad Social en la financiación sanitaria, este método de financiación de las colaboradoras se fue haciendo menos adecuado. Por ello, en la Ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social para 1998 se dictó una disposición (que en esa ley figura como Disposición transitoria sexta) en la que se establecía que “*en tanto culmina el proceso de separación de fuentes entre el Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social*” el procedimiento de descuento se

¹⁰³ Ver a este respecto la nota 146 (p. 232).

sustituiría por una compensación económica en función de los trabajadores protegidos que daría lugar a la percepción de un importe *“que no podrá ser inferior al que actualmente se viniera percibiendo por la empresa, salvo que este último fuera superior al coste medio en el INSALUD de las prestaciones que cubre la colaboración, en cuyo caso será dicho coste el límite de la compensación a realizar”*. Esa nueva forma de compensación, que resultaría de aplicación sólo a las empresas que vinieran colaborando en la gestión de la asistencia sanitaria con anterioridad a la Ley citada, se preveía hacerla efectiva mediante un procedimiento desarrollado de forma reglamentaria.

Como en otros muchos casos, la previsión de desarrollo reglamentario no se cumplió de inmediato. Por ello, para el ámbito del INSALUD, en cuyo ámbito estaban acogidas todavía entonces buena parte de las empresas colaboradoras más importantes, radicadas en la Comunidad de Madrid, fue preciso habilitar en mayo de 1999 un crédito extraordinario para hacer efectivos los pagos correspondientes a las colaboradoras por valor de 16.870.101.469 pesetas.

Poco tiempo después, el 27 de agosto del mismo 1999, un Real Decreto, el 1380, estableció el procedimiento indicado, que incluía la solicitud de compensación por parte de la empresa dirigida a la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, acompañada de diferente documentación justificativa de la petición. La norma incluía también la cuantía del coste medio por trabajador incluido en la colaboración, así como la habilitación de un crédito extraordinario a tramitar, sobre el que se concedía un anticipo de tesorería.

Lo curioso de esta regulación es que las solicitudes cursadas con arreglo a esa norma para “compensar” la atención prestada por esa vía en los años 1999, 2000 y 2001 (año en el que se cerraron los traspasos del INSALUD a las que estaban pendientes del mismo, con lo que la responsabilidad de esos pagos, de desear mantener el mismo régimen, pasaría a las CCAA correspondientes) fueron rechazadas, en su mayoría por silencio administrativo, por la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad. Todo ello dio lugar a la presentación de recursos contencioso-administrativos por las empresas, que están siendo finalmente resueltos en los últimos años por el Tribunal Supremo en sentido favorable a las propias empresas. Tales resoluciones, a su vez, están dando lugar a la necesidad de habilitar créditos extraordinarios para efectuar los pagos correspondientes (incluidos los intereses de demora y en muchos casos las costas de los procesos) por un gobierno de color político diferente al que adoptó las decisiones indicadas.

Desde un punto de vista histórico, ni que decir tiene que, siendo las indicadas antes las condiciones de partida, la constitución de empresas como colaboradoras en la asistencia sanitaria se centró de manera fundamental en las de gran tamaño, muchas de ellas públicas (Telefónica, Radiotelevisión Española entre otras), e incluso en Corporaciones locales de la misma condición (entre ellas la Diputación Provincial de Madrid, o la Foral de Navarra), responsables de prestar atención sanitaria mediante centros sanitarios propios a otros grupos de población.

La asistencia sanitaria extrahospitalaria se prestaba en estos casos por médicos con plaza en el sistema de Seguridad Social que podían tener “cupos” sólo de la colaboradora o “mixtos”, aunque lo habitual era lo primero. Por otra parte, las plazas de la “colaboradora” eran con frecuencia desempeñadas por sanitarios con plaza en el centro propiedad de la empresa o entidad correspondiente, que paradójicamente atendían a quienes trabajaban en ella fuera de la propia institución, obteniendo por ello el sobresueldo correspondiente¹⁰⁴.

Con el paso del tiempo las condiciones iniciales se fueron relajando, permitiendo que las empresas concertaran la asistencia con entidades privadas, o constituyeran la propia entidad colaboradora como aseguradora privada. Así se han mantenido en diferentes casos, como el de la Comunidad de Madrid, heredera en sus responsabilidades, como Comunidad Autónoma uniprovincial, de la Diputación provincial anterior.

En este último caso el intento mas reciente de suprimir la “colaboración” citada, que carece de sentido, puesto que la población que es objeto de su atención tiene derecho a la asistencia sanitaria general en su condición de ciudadanos, y la aportación a la empresa supone la desviación de cuantiosas cantidades para la atención sanitaria exclusiva de determinados grupos de población, fue motivo de un conflicto por parte de los médicos incluidos en ella por el mantenimiento de sus puestos de trabajo. El conflicto fué finalmente resuelto con el mantenimiento de la “colaboradora” por la Comunidad de Madrid. Para lo cual esta última debe aportar financiación propia para ese fin sin descuento en sus aportaciones a la Seguridad Social, que ya no es quien

¹⁰⁴ El ejemplo más extremo es el del personal de las instituciones sanitarias del INSALUD que una vez traspasado en 2001 a la Comunidad de Madrid recibe la atención en los servicios y centros concertados de la “colaboradora”.

financia la asistencia sanitaria. Lo mismo ocurre con otras colaboradoras cuyo mantenimiento no se ha puesto siquiera en cuestión¹⁰⁵

-Otro ejemplo de situaciones excepcionales de atención sanitaria al margen del sistema público general lo constituyen algunos colectivos profesionales específicos, como el de los periodistas o los abogados, al menos en ciertas poblaciones de mayor tamaño. En estos casos sus aportaciones a regímenes peculiares de protección social, vinculadas en unos casos a las Asociaciones de la Prensa correspondientes y en otras a los Colegios de Abogados, dieron lugar a la constitución de aseguradoras propias y exclusivas, dotadas de su cuadro médico propio y de sistemas de concierto con centros privados para prestar la atención que necesita hospitalización.

En el caso de las asociaciones de la prensa, el sistema es el mismo que el de las empresas colaboradoras de la Seguridad Social, aunque se basan en convenios específicos y no en una normativa global. Por otra parte, a la manera de las Mutualidades de funcionarios (MUFACE, MUGEJU), en algunos casos, como el de la Asociación de la Prensa de Madrid, el convenio deja abierta la puerta a la opción por recibir la atención sanitaria en el nivel de la atención primaria a través del Servicio Madrileño de Salud o a hacerlo mediante los servicios propios de la Asociación. En este mismo caso, según se indica en las páginas del Servicio Médico de la Asociación, *“a partir de 1993, por disposición de la Seguridad Social, la Clínica de Nuestra Señora de la Concepción (Fundación Jiménez Díaz) pasó a ser el hospital de referencia para todos los usuarios del Servicio Médico”*. Tal “disposición” permite a los citados

¹⁰⁵ Puede verse a estos efectos la Orden 3048/2007, de 19 de noviembre, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid *por la que se resuelve la concesión de subvenciones a empresas que colaboran en la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social por enfermedad común y accidente no laboral en la Comunidad de Madrid para el ejercicio de 2007*. La relación de empresas y el importe de las subvenciones es el siguiente:

- BBVA SA 3.522.168,00 euros
- Corporación Radiotelevisión Española SA 3.843.815,04 euros
- Banco Español de Crédito SA 1.339.752,96 euros
- Fábrica Nacional de Moneda y Timbre 1.006.808,40 euros
- Legista SA 398.736,00 euros
- Altadis SA 346.900,32 euros
- Banco Santander Central Hispano SA 1.636.146,72 euros
- Exelbank España SA 12.294,36 euros.

La Colaboradora de la propia Comunidad no figura en esta relación, porque se encuentra incluida en los presupuestos de la Comunidad como Unidad de Prestaciones Asistenciales. Esta Unidad recibe su presupuesto (superior a los 18 millones de euros, para más de 100.00 trabajadores de la Comunidad, incluido su personal sanitario) por una vía calificada de transitoria en su momento, que se aprobó por el Decreto 6/2003, de 16 de enero, *por el que se establece un régimen transitorio de gestión de las prestaciones asistenciales* por la Unidad del mismo nombre. Los efectos “transitorios” del mismo se prorrogaron mediante otro Decreto del mismo año, el 340, de 18 de diciembre, “en tanto se adecuan los procedimientos jurídicos y contables procedentes”. Esta situación, y el vigor de las normas citadas, se mantiene en la actualidad.

usuarios utilizar las camas dedicadas a la atención privada de esa Clínica, a cuyas características se hace alusión en las notas 89 y 102, y no las que ésta dedica a la atención de los pacientes del régimen general de la Seguridad Social en función del concierto que viene manteniendo desde hace más de treinta años primero con el INSALUD y luego con el Servicio Madrileño de Salud.

La evolución en este caso ha sido idéntica a la de las colaboradoras, por lo que de financiarse con la reducción de las cotizaciones correspondientes a la Seguridad Social han pasado a hacerlo con subvenciones específicas de los gobiernos autonómicos gestores de los servicios sanitarios en el territorio correspondiente. En el caso de la Comunidad de Madrid, mediante el primer acuerdo de esas características, firmado en enero de 2007, se abonaron a la Asociación correspondiente 7,5 millones de euros, cifra que aumentó a 8,6 millones en el año siguiente, a la vez que se anunciaba una nueva relación de concierto de dicha Asociación con el grupo privado Hospital de Madrid, que dispone por el momento de tres centros abiertos en la región.

En ningún momento, ni en la propia Ley ni en su desarrollo posterior, se previó mecanismo general y expreso alguno para que la población sin vinculación laboral que superaba los mínimos de renta para poder ser incluídos en la atención de una u otra “beneficencia”, colectivo que se ha calculado de manera repetida que alcanzaba una cifra cercana al medio millón de personas, pudiese hacer efectivo su derecho a obtener la protección sanitaria pública una vez producida de manera legal su universalización.

Por otra parte, establecida la tarjeta sanitaria individual como instrumento para acreditar el derecho al acceso a la prestación, las diferentes CCAA han establecido mecanismos distintos para la solicitud de la tarjeta correspondiente por estos grupos de población. Por el contrario, en el caso de la población con vinculación laboral y cobertura de Seguridad Social, la tarjeta se viene emitiendo de manera automática y con el mismo número de afiliación que la de la cartilla de la Seguridad Social.

Esta situación sirve también para poner en cuestión la realidad de la universalización de la cobertura sanitaria, y del título que en la práctica da derecho al acceso a los servicios públicos sanitarios.

A unas y otras cuestiones se hace referencia más amplia en el apartado II.6.b.1) siguiente.

Una descripción tan amplia de la evolución de los procesos de armonización y posterior unificación de los sistemas de protección sanitaria previstos en la Ley tiene

sentido hacerla precisamente aquí para poner en cuestión las previsiones de la propia Ley al respecto.

Hacer en una norma, como ocurrió con la LGS, sólo la previsión de esos procesos sin llevarlos a cabo de inmediato parece que, si se consideran los indicios derivados de la descripción anterior, propicia la aparición de resistencias corporativas al establecimiento de un régimen universal de protección de parte de quienes se pueden considerar perjudicados en su situación por esas previsiones.

Tales resistencias, como se ha puesto de manifiesto, se producen no sólo, como ocurre en ciertos casos, por parte de grupos profesionales que se puedan sentir afectados por la desaparición o inclusión en otras organizaciones más amplias de formas organizativas de prestar la atención que constituyen un área de trabajo restringida, que facilita el pluriempleo y el mantenimiento de un nivel retributivo superior a quienes desempeñan esos puestos.

Las resistencias se dan también por parte de grupos de la población a la que se trata de dar la protección sanitaria en condiciones de igualdad, grupos constituidos por razones laborales o de otro tipo, que se sienten privilegiados por mantener formas diferentes de disponer de esa protección. En el caso español¹⁰⁶, ese sentido de privilegio está principalmente vinculado a la posibilidad de acceder a la atención sanitaria provista con medios privados, incluso aunque hasta ahora se haya mantenido un sentimiento general de que las garantías de una atención sanitaria de calidad son mayores en las instituciones públicas que en las privadas. Pero el acceso a los medios privados facilita evitar las listas de espera características del sistema público en diferentes tipos de intervenciones, proporciona instrumentos de acceso directo a los especialistas y la posibilidad de libre elección entre ellos, y hace posible incluso la multiplicación de ciertos tipos de procedimientos más allá de los protocolos que rigen por razones sanitarias en los centros públicos, de los que los de reproducción asistida son el mejor ejemplo. (A estos aspectos se hace también referencia en el apartado II.6. b. 2) y 3) posterior).

En todo caso, ante la oferta de extender la protección sanitaria con carácter universal y de manera uniforme a toda la población, estos grupos se sienten más

¹⁰⁶ En otros países y casos la situación es diferente: por ejemplo, en numerosos países latinoamericanos, y en los antiguos países del Este, la situación de privilegio se da por parte de los trabajadores “regulares” que cuentan con cobertura sanitaria a través de sistemas de Seguridad Social, mientras que el resto de la población carece de cobertura sanitaria alguna o ésta es precaria. La provisión de servicios en estos casos se suele hacer con medios privados, que actúan en régimen de contrato o concierto con la entidad responsable de garantizar la protección. (Rey, 2003)

amenazados por la nueva situación que se propone, que incentivados por las supuestas ventajas que se podrían derivar para ellos de esa nueva situación¹⁰⁷. Tales ventajas sólo pueden derivar de las economías de escala y la extensión y el aumento de la calidad de la atención que se pueden obtener de la de grupos más amplios de población. Pero si estas ventajas se pueden poner en cuestión como consecuencia de la ambigüedad de las propuestas que se formulen para definir la respuesta organizativa correspondiente a la universalización de la atención, y más aún si esas propuestas se diluyen en el tiempo para llevar a cabo su concreción, es previsible que las resistencias sean mayores, y mayores también las posibilidades de éxito de éstas en términos de impedir la consecución de los objetivos de universalización e igualdad en el acceso a la atención sanitaria.

Con la demora prevista en la LGS para la integración de los diferentes sistemas de protección sanitaria que existían previamente, y más aún con la demora real que se produjo en su aplicación¹⁰⁸, se diluyó por completo la exposición de las ventajas que se podrían derivar de la teórica universalización del derecho a la protección sanitaria que la Ley contenía. Los efectos de esa situación fueron, con arreglo a la descripción efectuada, los previsibles en relación con los grupos citados.

¹⁰⁷ A este respecto puede servir de ejemplo que cuando se puso en cuestión en la Mesa Negociadora de la Función Pública de la Comunidad de Madrid el mantenimiento de la “colaboradora”, reconvertida, como se ha indicado, en Unidad de Prestaciones Asistenciales, votaron a favor de su mantenimiento los representantes de dos sindicatos de los presentes, UGT y CSIT, se abstuvieron los de CCOO, y sólo votaron en contra los de CSIF (sindicato que incluye en sus siglas la denominación de “independiente” para diferenciarse de los sindicatos “de clase” tradicionales).

¹⁰⁸ Es curioso contrastar cómo Paul Krugman, en un libro reciente (Krugman, 2007) en el que pormenoriza los problemas del desarrollo del sistema de bienestar norteamericano, y más en concreto de la protección sanitaria pública en aquel país, cita entre las razones principales a las que cabe atribuir el fracaso de la reforma sanitaria que intentó introducir el presidente Clinton en 1994 para extender la cobertura sanitaria pública a toda la población a los retrasos habidos en la puesta en marcha de esa reforma, cuya demora hasta la elaboración de una propuesta concreta cifra en menos de dos años. Ese plazo fue suficiente para que los sectores contrarios a la reforma (sobre todo las compañías farmacéuticas y las aseguradoras privadas) organizaran su resistencia a la misma hasta hacerla imposible. En el caso de la LGS el plazo de la elaboración de la Ley fue de cuatro años, plazo aún más amplio si hablamos de su aplicación.

La firmeza y claridad de cualquier reforma parece encontrar un test decisivo en los plazos de su aplicación: en enero de 2010, la puesta en peligro de la reforma sanitaria americana por la pérdida de un escaño en el Senado tras las elecciones celebradas en el Estado de Massachusetts para sustituir al fallecido Edward Kennedy se ha atribuido por numerosos observadores (Fortier, 2010; Marcus, 2010; Meyerson, 2010) al retraso en la tramitación de unas líneas claras de reforma; retraso provocado a su vez por debates interminables en la Cámara de representantes y en el Senado (Rey del Castillo, 2010) para perfilar los detalles de una reforma a gusto de todos los que debían votarla, sin una posición inicial clara por parte del presidente Obama, que fue su promotor. Pero llegada esa situación de impasse “*a good message is not nearly as important as a fast process*” (Klein, 2010), y ello porque : “*ningún presidente, bajo ninguna circunstancia, puede controlar el discurso en torno a cualquier pieza legislativa cuando está en las primeras páginas de los medios día tras día durante más de un año...*”

Pero con ese planteamiento se diluyó también la fuerza de la apuesta política que debería haber supuesto la universalización del derecho a la protección sanitaria para la población general. Con las actuaciones previstas en la Ley para hacer efectivo el derecho, ningún grupo de población vió modificadas de manera inmediata sus perspectivas de obtener atención sanitaria, ni la vía de hacerlo¹⁰⁹. Eso no ocurrió ni siquiera para aquéllos que, por carecer de vinculación laboral alguna, pero no de recursos económicos de mayor nivel, no tenían prevista ninguna forma pública de protección.

Como consecuencia, la declaración del derecho contenida en la Ley no pasó de ser un argumento político de carácter teórico a esgrimir como mérito por el Partido Socialista, bajo cuyo gobierno se promulgó la Ley¹¹⁰. Pero ese argumento no se tradujo entre la población en satisfacción con la medida, ni menos en la identificación de la cobertura universal de la protección sanitaria como elemento constitutivo de la ciudadanía española, como ocurrió en su momento en otros países cuando adoptaron medidas similares¹¹¹.

¹⁰⁹ Hay algunos datos que permiten sugerir que toda la valoración por parte de la población de las reformas introducidas por los gobiernos socialistas entre 1982 y 1996, incluida, por tanto la LGS, que constituyó formalmente el centro de las mismas, tiene un sesgo netamente político, y está menos basado en las experiencias propias de cada ciudadano sobre el acceso a los servicios sanitarios y su relación con ellos. Entre esos datos figura, por ejemplo, una valoración realizada en 1993 por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) sobre las políticas desarrolladas por los Gobiernos de Felipe González, citada por Jose M^a Maravall en un artículo reciente (Maravall, 2008). En lo que se refiere a las políticas sanitarias, un 49,8% de los que se declaraban votantes del PSOE consideraban que la sanidad había mejorado, mientras que dentro de este grupo un 29,5% consideraba que se mantenía igual e incluso un 20,6% que había empeorado. Las proporciones eran casi simétricamente inversas por parte de los votantes declarados del PP. Pero lo más significativo eran las opiniones de los clasificados como “indecisos”: de éstos, sólo el 26,8% consideraba que los servicios sanitarios habían mejorado, pero un 42,7% estimaban que seguían igual, y un 30,5% consideraba que había ido a peor. Para el total de universo de la muestra, el 30,6% consideraba que había mejorado, frente a un 36,8% que consideraba que se mantenía igual, y un 32,6% que había ido a peor.

¹¹⁰ Se pueden ver en este sentido en los archivos del Congreso los discursos de investidura como Presidente del Gobierno de Felipe González en 1986 y 1989.

¹¹¹ Puede verse a este respecto la descripción que hace Nicholas Timmins, historiador del NHS británico, de las manifestaciones de alegría popular que se dieron en el Reino Unido al final de la década de los cuarenta del siglo anterior cuando se constituyó el NHS británico (Timmins, 1995, p. 153-154 de la edición española).

En el caso de Canadá, las expresiones van desde la manifestación explícita por parte de representantes caracterizados de grupos nacionalistas quebequeses de la protección sanitaria universal como una de las justificaciones principales para no hacer efectiva la secesión de su provincia del resto del país, dada la imposibilidad de mantener esa situación de manera aislada si la secesión se produjese (Taylor, 1992, p. 258-259 de la edición española; 1999), a las expresiones populares recogidas en películas como *Bowling for Columbine*, de Michel Moore. En ésta, un grupo de ciudadanos canadienses entrevistados contraponen la vinculación de la protección sanitaria universal como elemento de su identificación como país a la que en el mismo sentido se pueda dar entre la población estadounidense y la permisividad en el uso de las armas, cuestionada en la película.

Por el contrario, la continuidad efectiva de los mecanismos de protección sanitaria y de las formas organizativas bajo las que aquélla se continuó prestando tras la promulgación de la Ley contribuyeron sin duda a desdibujar la conciencia de la medida adoptada y, con ello, a que la extensión universal de la protección sanitaria, que no constituye por sí misma un valor explícito asumido por la mayoría de la población, pueda ser cuestionada más fácilmente. Así está ocurriendo de hecho de manera progresiva, sin que, salvo excepciones ocasionales o reducidas a grupos limitados, se produzcan movimientos significativos en defensa del mantenimiento universal de la protección. En las raíces de esta situación hay que incluir la forma en la que la Ley General de Sanidad recogió esta cuestión.

*La segunda *“razón de máximo peso”* a la que debía atender la reforma a abordar por la Ley General de Sanidad según su propio preámbulo era, conforme a lo señalado más arriba, *“la institucionalización, a partir del título VIII de nuestra Constitución, de Comunidades Autónomas en todo el territorio el Estado, a las cuales han reconocido sus Estatutos amplias competencias en materia de Sanidad”*.

La Ley dedicó a esta cuestión el Título II (*“De las competencias de las Administraciones Públicas”*), que consta de tres capítulos principales, dedicados cada uno de ellos a las competencias del Estado, las de las Comunidades Autónomas y las de las Corporaciones Locales respectivamente, cuyas características formales se han descrito en un apartado anterior.

Pero también hay que incluir en la *“institucionalización”* citada otras dos cuestiones que se refieren de manera principal a la relación entre la Administración General del Estado y las CCAA. Se trata de la *“Alta Inspección”*, regulada en un capítulo IV del mismo Título II, que consta de un solo artículo (el 43 de la LGS) y de la *“coordinación general sanitaria”*, incluida como Capítulo IV del Título III (*“De la estructura del sistema sanitario público”*). Este último es un capítulo dotado de 8 artículos (del 70 al 77) en los que se hace alusión principal, además de a los principios generales aplicables a la coordinación, a la elaboración de planes y programas de salud elaborados de manera *“conjunta”* hasta la formulación de un *“Plan integrado de salud”*.

Por otra parte, no se puede considerar ajena a la *“institucionalización”* citada la constitución del *“Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud”*, al que se

dedica el artículo 47 de la Ley¹¹². Este artículo establece las condiciones estructurales y funcionales del Consejo (el precedente de las Conferencias sectoriales establecidas en otros sectores por la Ley 30/92, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común) en los siguientes términos:

“1. Se crea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que estará integrado por un representante de cada una de las Comunidades Autónomas y por un número igual de miembros de la Administración del Estado.

2. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud será el órgano permanente de comunicación e información de los distintos Servicios de Salud, entre ellos y con la Administración estatal, y coordinará, entre otros aspectos, las líneas básicas de la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios, así como los principios básicos de la política de personal.

3. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ejercerá también las funciones en materia de planificación que esta Ley le atribuye.

Asimismo ejercerá las funciones que le puedan ser confiadas para la debida coordinación de los servicios sanitarios.

4. Será Presidente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el Ministro de Sanidad y Consumo.

...”.

* Las competencias sanitarias en la Ley General de Sanidad

** En cuanto a la definición de las competencias estatales, las autonómicas y las de las corporaciones locales, ya se ha descrito la amplia pormenorización con la que se hace la correspondiente a las estatales y la de las entidades locales, al revés de lo que ocurre con las autonómicas, que se limita prácticamente a remitirse a lo que establece al respecto el texto constitucional.

Sin embargo, el grado de pormenor con el que se describen y proyectan al terreno más práctico las competencias estatales en un total de tres artículos, del 38 al 40 del texto legal, el último de los cuales consta de dieciséis apartados, no parece acompañarse de un sentido profundo de cuáles eran y son las acciones esenciales por parte de la Administración General del Estado (AGE) en una situación de

¹¹² Posteriormente derogado, como el 43, dedicado a la Alta Inspección, por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

descentralización como la prevista en la Ley para mantener un sistema de protección “coherente, armónico y solidario”.

Buena parte de esos apartados (al menos, de manera clara, once de los dieciséis mencionados) se refieren al desarrollo que deberá hacerse por parte de la AGE de requisitos técnicos, reglamentaciones, condiciones mínimas para la autorización, y otras actuaciones de carácter similar, referidas a personas, establecimientos o productos sanitarios, cuya aplicación debería llevarse a cabo por las CCAA. A este respecto hay que recordar que en el momento de la promulgación de la Ley todas las Administraciones autonómicas eran ya competentes para tal aplicación en virtud de los traspasos recibidos por todas ellas en materia de Sanidad. Con el desarrollo de tales reglamentaciones cabría pensar que se garantizaban a lo sumo unas condiciones estructurales de homogeneidad mínimas en los recursos sanitarios de cualquier naturaleza en todo el territorio del Estado.

Por el contrario, con la forma en la que la Ley hace referencia a las actuaciones estatales, parecían dejarse al desarrollo futuro, sin precisar las actuaciones ni los plazos para ello, igual que en otros terrenos, todas aquellas cuestiones que resultan esenciales para mantener las condiciones del Sistema sanitario considerado éste como un organismo vivo y dinámico.

** Entre esas actuaciones estatales deficientemente descritas cabe destacar la mera referencia genérica al “*establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas de interés general supracomunitario*” o a la “*elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria*”, que constituyen dos de los apartados, el 13 y el 15, del artículo 40 de la Ley antes citado.

En cuanto al cumplimiento del segundo de esos apartados, se podría quizás considerar que su realización comenzó a llevarse a cabo en el año 2004 (es decir, 18 años después de la promulgación de la LGS), con la publicación por una nueva Unidad creada en el Ministerio de Sanidad tras la promulgación de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el Observatorio del Sistema Nacional de Salud, de un “Informe Anual” de la situación de éste en el año 2003. Esta publicación se ha repetido por la misma Unidad en el año 2007, con un informe referido al 2005.

El mero hecho del desarrollo de esos informes tras la publicación de la nueva Ley citada, que modifica y precisa en algunos aspectos la Ley General de Sanidad en el aspecto mencionado, es la mejor expresión de que los términos de esta última fueron

suficientemente ambiguos y faltos de concreción como para resultar útiles, y mucho menos motores, siquiera a los efectos del desarrollo de ese apartado y, con ello, para promover una visión periódica general del sistema sanitario en su conjunto. Lo que cabe considerarlo, a su vez, como una contribución negativa más a la perspectiva del sistema sanitario previsto en la Ley como un sistema descentralizado pero integrado.

Pero si el desarrollo de esos informes generales podría considerarse algo novedoso y en todo caso inédito en relación con un sistema que se planteaba también de nuevas como descentralizado, no ocurría lo mismo con los sistemas de información. Una parte de ellos (como algunos referidos a ciertas medidas más o menos rudimentarias de la actividad hospitalaria, o la información epidemiológica) estaban ya desarrollados antes de la descentralización, con la única novedad del traspaso de la responsabilidad de proporcionar los datos correspondientes a cada territorio a cada una de las CCAA.

El mínimo que se consiguió en la aplicación de la Ley es que las series temporales correspondientes a esas materias no se interrumpieran ni tras los traspasos efectuados ni tras la publicación de la Ley. Pero la ausencia de una mayor precisión al respecto en el texto legal provocó que los sistemas de información se congelasen en torno a lo ya existente, sin desarrollar durante mucho tiempo otros aspectos de la información necesaria para manejar el Sistema como conjunto¹¹³.

En este sentido, como en otros, la Ley adoleció también de una falta de referencia a modelos ya constituídos, en los que la definición de los datos necesarios para hacer el seguimiento dinámico del sistema en su conjunto gozaba ya entonces de una perspectiva de tradición suficiente desde instituciones como la OMS o la OCDE como para resultar útil para su traslado crítico a nuestro propio sistema (Rey, 1998 j, p. 266-270).

¹¹³ Algunos de los instrumentos de información que se fueron desarrollando en los años siguientes, de manera no coordinada y por iniciativa de diferentes Unidades del Ministerio de Sanidad, sin constituir, por tanto, un sistema de información general como tal, fueron las estadísticas de casos de SIDA y de Interrupción Voluntaria del Embarazo; la Encuesta Nacional de Salud; o el Conjunto Mínimo Básico de Datos del alta hospitalaria (Rey, 1998 j, p. 286). Esa dispersión de las iniciativas en materia de información, incluso en el propio ámbito del Ministerio de Sanidad, constituye la mejor expresión de la ausencia de una voluntad política expresa por parte del Ministerio de Sanidad socialista que aprobó la Ley, igual que por los siguientes, pese a algunas excepciones en sentido contrario (Mansilla, 1992, p. 156; Rey, 1998 j, p. 287) por reforzar los sistema de información como instrumento de coordinación imprescindible en un sistema sanitario descentralizado como el español. Aún hoy, y pese a los esfuerzos realizados en los últimos años por el Instituto de Información Sanitaria creado en el año 2003, no se puede considerar adecuadamente constituido un verdadero Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud (Campillo, 2008).

La carencia de un sistema integrado de información se tradujo algunos años después en la publicación por la Dirección General de Aseguramiento y Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad a partir de 1993, y con carácter bianual, de un informe denominado “Indicadores de salud” en el que se recogían indicadores comparados de los servicios de salud de las diferentes CCAA obtenidos de fuentes diferentes, excluyendo de su ámbito en todo caso los indicadores económicos (Rey, 1998 j, p. 287). Esos orígenes dispersos, procedentes no sólo de fuentes sanitarias, constituyen la mejor expresión de la ausencia de un verdadero sistema integrado de información.

Por otra parte, una descripción pormenorizada de las características técnicas de los diferentes registros y sistemas específicos integrados en el sistema de información general no parece propia de una norma con rango de ley. Pero la ausencia de una referencia tan siquiera a los elementos que deberían constituir el sistema de información general se puede considerar que influyó de manera claramente negativa en su escaso desarrollo posterior.

** Una segunda cuestión no resuelta por la Ley en el ámbito de las competencias de cada una de las Administraciones con responsabilidades en las materias sanitarias fue la interpretación de la asistencia sanitaria como una competencia propia de este ámbito o, por el contrario, del de la Seguridad Social. A las consecuencias de una u otra interpretación se ha hecho ya alusión en páginas anteriores.

La Ley, siguiendo en este aspecto el precedente de ambigüedad establecido en este sentido por la Constitución, no hace distinción clara en su texto de unas y otras materias. E incluso avanza un paso más en la ambigüedad, al no diferenciar tampoco entre los instrumentos y órganos de coordinación en ambos casos, a los que se hace referencia un poco más abajo.

Tal falta de distinción se tradujo en diferentes problemas de los propios órganos de coordinación, de manera singular el Consejo Interterritorial del SNS, en especial durante el período (prolongado hasta 2002) en el que debieron coexistir en los mismos órganos administraciones con grados de competencias diferentes. Pero también dio lugar a que las actuaciones estatales se llevaran a cabo en los dos campos, el de la Salud Pública (en el que las CCAA disponían todas ellas de competencias “exclusivas” salvo la coordinación estatal), y el de la asistencia sanitaria (donde sólo estaba delegada la gestión a algunas de aquéllas), de manera homogénea, y, en consecuencia, reducidas al

“mínimo común” en ambos campos, establecido al nivel en el que la descentralización de responsabilidades a las CCAA, el de la Salud Pública, había sido mayor y, por tanto, en el que las posibilidades de actuación desde la AGE eran, por el contrario, menores.

Pero, como consecuencia de ello, el resultado fue además que las intervenciones que precisaban de una mayor capacidad de actuación por parte de la AGE para mantener la cohesión del sistema, las propias de la asistencia sanitaria individual, pero proporcionada con recursos colectivos, que constituye un sistema dinámico con cientos de miles de actuaciones diarias y una repercusión económica directa mayor, se redujeron a las formas propias de las intervenciones colectivas sobre la salud, las características de la Salud Pública, cuya cifra en términos de actuaciones diarias y su repercusión económica directa es muy inferior.

** Desde el punto de vista de la distribución de competencias, cabe añadir también otra cuestión: como he descrito en otros trabajos previos (Rey, 1998 k, p. 166-167), la distribución de las competencias en las materias sanitarias en países en los que confluyen distintos niveles de gobierno produce necesariamente un mayor o menor grado de solapamiento entre las propias de las administraciones regionales o equivalentes y las del gobierno central o federal.

Puesto que el campo es único y cuando, como en el caso español, en el texto constitucional se atribuye un papel en el mismo a ambos niveles de gobierno, es inevitable la coincidencia de una y otras administraciones en muchas actuaciones, por mucho que se pretendan definir estrictamente esos papeles¹¹⁴. Por otra parte, la CE utilizó para la definición de competencias un sistema de los llamados “de doble lista” (Rey, 1998 k, p. 162-165), una para las competencias autonómicas, que, según el artículo 148, “*podrán asumir*” las CCAA, y otra para las estatales. Estas últimas, al revés de lo indicado respecto a las demandas realizadas para la inclusión de ese término en el nuevo Estatuto de Cataluña, son ejercidas por la AGE, conforme a lo dispuesto en el artículo 149 de la CE, como competencia “*exclusiva*”, sin perjuicio de su posible delegación (mediante ley orgánica) a las CCAA, conforme a lo dispuesto en el artículo 150.2 de la propia Constitución.

¹¹⁴ Por ejemplo, mediante la atribución “exclusiva” y hasta “excluyente” de una determinada competencia a las CCAA, como pretendió, sin lograrlo, hacer la reforma del Estatuto de Cataluña respecto de algunas competencias, incluidas las sanitarias, si a la vez se le reconocen a la AGE facultades de “coordinación” en esas mismas materias.

Pero si entre los términos constitucionales utilizados para delimitar los campos de actuación de cada administración se producen esos solapamientos inevitables, la Ley debería haber contribuido a evitar los conflictos derivados de una interpretación divergente de lo establecido en el texto constitucional. Eso sólo habría sido posible mediante una mayor precisión sobre el funcionamiento del sistema sanitario. Respecto de éste, cabría haber definido mejor distintos aspectos:

- desde las actuaciones que se pudieran llevar a cabo por la AGE para garantizar el carácter universal y “portable” de la protección sanitaria, al menos a todos los ciudadanos españoles en todo el territorio español, actuaciones que podrían haber sido de carácter simplemente administrativo, como la creación de un registro unificado de población protegida por el sistema sanitario y una tarjeta sanitaria igualmente unificada que acreditase la condición¹¹⁵.

- a los sistemas, con una u otra forma de intervención estatal, para establecer las compensaciones entre pacientes desplazados entre unas y otras CCAA.

- o, a la manera del sistema sanitario canadiense, a cuyas condiciones se ha hecho alusión más arriba, el establecimiento de ciertas condiciones generales del sistema sanitario y los mecanismos de control de su cumplimiento por parte de las CCAA, encargadas de la “gestión” del sistema.

Por el contrario, en el diseño de la Ley se optó por repetir de manera ambigua y de forma poco diferenciada (nada en el caso de las CCAA) los términos constitucionales.

La consecuencia fue que el ejercicio real de unas y otras competencias fue principalmente el resultado del interés demostrado por cada nivel de Administración en imponer la interpretación del ejercicio de las competencias que le resultase más favorable a sus propios intereses.

¹¹⁵ La constitución de una base de datos única de la población con derecho a la protección sanitaria continúa sin llevarse a la práctica. Los organismos gestores de la Seguridad Social siguen manteniendo su propia base de datos de la población con contrato laboral y sus beneficiarios. Por su parte, la población incluida en regímenes de protección específicos, como los funcionarios cubiertos por la Mutualidades MUFACE, MUGEJU e ISFAS, disponen de sus datos propios. Aunque ocasionalmente se han planteado cruces de los datos de unas y otras bases en la actualidad, sigue siendo posible que una misma persona esté incluida en regímenes de protección diferentes, con las consecuencias financieras para quienes gestionan la protección en cada caso derivadas de tal situación. A este respecto se puede ver Sevilla (2006)

La Seguridad Social ha utilizado en alguna ocasión la disponibilidad de sus datos para promover con determinadas CCAA (en particular con Andalucía) un modelo de tarjeta de doble utilidad, sanitaria y para la Seguridad Social, conforme a sus propios intereses, cuyo diseño ha interferido con el de una tarjeta sanitaria de uso común por todas las CCAA, una aspiración todavía pendiente de consecución.

En este terreno, como se ha dicho repetidamente (Freire, 2008), frente a una actitud defensiva y poco interesada en el ejercicio de sus responsabilidades por parte de la AGE (el mejor ejemplo es la actitud demostrada frente al desarrollo de los sistemas de información), las CCAA, para las que el sistema sanitario es no sólo una de sus fuentes principales de poder territorial, sino también una de las justificaciones más importantes de su financiación, han mantenido globalmente y de manera sostenida, como era de esperar, la posición contraria. Esta diferente actitud ha derivado en el sesgo autonómico, adquirido a lo largo del tiempo, que caracteriza en el momento actual al sistema sanitario español, cuyo riesgo real de convertirse en diecisiete sistemas distintos según muchos autores se ha puesto ya de relieve en la introducción de este trabajo.

Por otra parte, esa actitud por parte de la AGE era ya manifiesta en el momento de la aprobación de la Ley General de Sanidad: a la vez que ésta se aprobó en paralelo una Ley Orgánica, la 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de Salud Pública. Esta ley, dotada tan sólo de cuatro artículos, iba y va dirigida, como su propio título indica, a situaciones excepcionales, y proporciona instrumentos del mismo carácter a la AGE (a la que se hace referencia en el texto como Administración Sanitaria del Estado).

Como resultado de la publicación simultánea de esa norma, en la que se atribuyen funciones específicas a la AGE, en abierto contraste con lo descrito para la LGS, podría interpretarse que la orientación que se pretendía proporcionar a la intervención de aquélla era la de que su papel debía quedar reservado para situaciones extraordinarias. Y que, por el contrario, la propia AGE debía mantenerse lo más al margen posible del funcionamiento ordinario de los servicios sanitarios, cuyo destino (no expreso, como se indica más adelante) debía ser el de constituir un ámbito en el que las CCAA desarrollasen el principal rol.

*La Alta Inspección como elemento de relación entre las CCAA y la AGE en la Ley General de Sanidad.

El concepto de “Alta Inspección” se refiere a una facultad propia de los gobiernos federales de algunos países de estas características políticas que consiste en la facultad que asiste a los gobiernos de ese nivel para valorar el ejercicio de las capacidades normativas de las que disponen las entidades regionales o estados federados y en concreto si las normas dictadas por éstos respetan los principios básicos del sistema sanitario en el que se producen. En aquellos casos en los que la ejecución de

normas federales o dictadas por el gobierno central corresponde de manera delegada a las entidades descentralizadas o federadas, esta facultad se refiere también a la posibilidad de valorar la ejecución de las normas centrales que se ha llevado a cabo, y de ordenar, en su caso, su corrección (Rey, 1998 j, p. 279-280).

En el primero de los casos citados, la consideración de que las normas de las entidades descentralizadas no se atienen a los principios del sistema sanitario correspondiente, normalmente establecidos a través de normas de mayor rango, o a la capacidad de regulación de la propia entidad descentralizada, no abre habitualmente la posibilidad de una revocación directa de la norma correspondiente por el gobierno central o federal. Por el contrario, lo que se abre normalmente en estos casos es un proceso de requerimiento a la entidad que dictó la norma para que modifique los términos de ésta; si no se acepta, el camino a seguir suele ser el recurso de la norma correspondiente ante tribunales de uno u otro rango con capacidad, estos sí, de revocar u obligar a la modificación de la norma en su caso, para que se pronuncien sobre ella. Los procedimientos y las características de los tribunales correspondientes en los países en los que se hace referencia a esta facultad federal o central son específicos de cada país.

Si la situación de un país es que se da la ejecución delegada de las normas estatales por parte de las regiones o estados federados (lo que es menos habitual en procesos de federación o de descentralización política de la gestión), la actuación de Alta Inspección puede traducirse en instrucciones concretas de actuación a las entidades que ejercen las facultades de ejecución delegada, tras una comprobación directa de los datos. Pero esta situación es muy poco habitual en procesos políticos como los descritos. De hecho, los países de mayor tradición federal, como Alemania o Suiza, mantienen tan sólo un principio general de supervisión de normas, pero no de actos concretos.

En otros países, como Italia, en los que la descentralización y lo que parece un avance hacia la federalización del país (France, 2007) han sido mucho más lentos, las regiones y sus actuaciones eran consideradas hasta hace muy poco tiempo como meros apéndices administrativos del estado central; las leyes aprobadas por sus Consejos Regionales debían ser visadas por un Comisario del Gobierno central en la región, y éste podía incluso devolverlas para su modificación. La ley 833, de 1978, de creación del Servicio Nacional de Salud, fue un paso fundamental en el terreno sanitario, pues si bien durante los cinco primeros años de su aplicación las regiones siguieron siendo meros agentes del estado central en este terreno, a partir de mediados de los años 80 las

regiones comenzaron a desafiar la autoridad del gobierno central para imponer ciertas reglas, en especial en materia de financiación sanitaria. Las actuaciones regionales en esta materia fueron confirmadas en 1989 por el Tribunal Constitucional de aquel país, con lo que las regiones se aseguraron una significativa libertad de acción que, sin embargo, produce otras dificultades para la coordinación de sus actuaciones.

En Austria, como ocurría en Italia hasta hace poco, los órganos ejecutivos de sus Länder son a la vez órganos de la Federación, y están jerárquicamente subordinados a ésta.

La situación española en relación con las facultades de la AGE en materia de Alta Inspección son, quizás como resultado de la rapidez del proceso de descentralización y constitución de las CCAA como un nuevo nivel de gobierno, que pudo contribuir a impedir la aparición de mayores resistencias a la descentralización, más parecidas a las de los países federales de mayor tradición. De hecho, aunque está en vigor un procedimiento de seguimiento de la constitucionalidad de las normas autonómicas al que se ha hecho referencia en otros trabajos (Rey, 1998 j, p. 302-303; 1998 i, p. 390-391), la propia Constitución Española no hace referencia en su texto a la Alta Inspección.

La aparición de la referencia a esta facultad en la Ley General de Sanidad es, en consecuencia, discrecional, y sólo tiene como precedente la aparición de este término en lo referido a la sanidad en algunos Estatutos de autonomía, entre ellos el catalán y el vasco, y en el Real Decreto 2824/1981, al que se ha hecho ya una referencia al hablar del concepto de coordinación, que se amplía más abajo.

También las sentencias 32/1983 y 42/1983 del Tribunal Constitucional (TC) relativas a esta norma establecieron reglas claras con respecto al contenido y las posibilidades de actuación que se basasen en la invocación de esta facultad, al señalar que *“la Alta Inspección no es una inspección de inspecciones”*, ni sitúa a la AGE por encima de las Comunidades Autónomas. Por el contrario, *“debe discernir las posibles disfunciones en el ámbito de las respectivas competencias del Estado y la Comunidad”*, sin convertirse *“en un control tutelar de la acción administrativa de la propia Comunidad”*.

En otros apartados de las sentencias el TC destacó el carácter fundamentalmente jurídico de la Alta Inspección, en la línea de lo señalado al principio de este apartado, *“no sólo en lo que concierne a su ejercicio, sino en cuanto a su contenido, pues recae sobre la correcta interpretación de las normas estatales, así como de las que emanan*

de las asambleas comunitarias, en su indispensable interrelación”, reiterando que las actuaciones propias de la Alta Inspección “en modo alguno suponen un control, tutela o superioridad jerárquica, o el ejercicio de una actividad limitadora de alguna competencia de la Comunidad Autónoma, sino tan sólo el desarrollo de alguna actividad de tipo informativo o de comprobación” consistente en “la facultad de comunicar la anomalía al órgano gubernamental competente a fin de que éste remedie el incumplimiento detectado mediante el ejercicio de atribuciones propias y de acuerdo con los procedimientos establecidos por la Constitución y las leyes”.

Otra sentencia del TC relativa la ejercicio de las mismas facultades en materia de educación, la 6/1982, ó la 76/1983, de 5 de agosto, que resolvía un recurso previo de inconstitucionalidad sobre la Ley Orgánica de Armonización del Proceso Autonómico (LOAPA), establecieron criterios similares.

Con arreglo a esos criterios previos, queda claro que la referencia a la Alta Inspección que la Ley introdujo, a semejanza de lo que ocurre en otros países de organización política semejante, no ofrecía posibilidades de actuación directa de la AGE sobre el ejercicio de sus propias competencias por otras Administraciones.

Resulta, por eso, sorprendente, que la Ley recogiera de manera pormenorizada en su artículo 43 todo un conjunto de actuaciones como propias de la intervención de la AGE en el ejercicio de esta competencia que, con arreglo a su redacción (“evaluar”, “supervisar”, “comprobar”, “verificar” diferentes actuaciones autonómicas relacionadas con el funcionamiento y la estructura del sistema sanitario en sus diferentes aspectos, incluyendo los económicos), podrían sugerir (y de hecho han sugerido , a juzgar por las demandas que se han planteado en ocasiones para su utilización) unas posibilidades de actuación directa más amplias.

La sorpresa es aún mayor si se considera que la expresión de los ámbitos en los que desarrollar esas actuaciones, que se reúnen en siete subapartados del apartado 2 del artículo 43 de la Ley citado, son copia literal de la redacción del artículo 4 del Real Decreto 2824/1981 ya citado, en el que se hacía referencia expresa a la Alta Inspección. Esta forma de redacción de la Ley en relación con otros preceptos del Real Decreto 2824/1981 es la misma que se ha comentado, y que se comenta a continuación, que se utilizó para la redacción de los artículos de la Ley referidos a la coordinación.

Sin embargo, en este caso existe el agravante de que las sentencias 32/1983 y 82/1983 ya citadas, además de las declaraciones más generales sobre el sentido de la Alta Inspección a las que se ha hecho referencia más arriba, se refieren de manera

expresa a la forma en que deben entenderse las expresiones mencionadas para que resulten acordes con el ordenamiento constitucional. En este sentido, las sentencias establecen que *“estas funciones quedan limitadas a su verdadero valor, desechando por consiguiente cualquier duda o temor al respecto por el párrafo cuatro de este mismo artículo, que precisa el contenido de las actuaciones de la alta inspección, ciñéndolas a una mera verificación o comprobación, esto es, a la elevación de informes o actas de conformidad o de infracción de la legislación del Estado, supuesto este último en el que las remitirán al Delegado del Gobierno para que éste dé traslado a los órganos competentes de la Comunidad Autónoma, se entiende que para que éstos puedan corregir, en su caso, las situaciones que la alta inspección calificara como de infracción. Si, por el contrario la Comunidad no procediera a corregir la situación y ésta persistiera, el párrafo cinco y último de este mismo artículo 4º prevé que las autoridades del Estado requieran al órgano competente de la Comunidad “para que se adopten las medidas precisas a fin de corregir la infracción”. Hasta aquí la alta inspección continúa reducida a sus justos límites y no hay en absoluto exceso alguno de competencia”*.

Si se tienen en cuenta esas precisiones, la inclusión de una relación explícita de supuestas funciones por parte de la AGE en la Ley como expresión de la Alta Inspección, funciones que, sin embargo, no pueden dar lugar, conforme al pronunciamiento del TC, a otras actuaciones que las expresadas en las sentencias (por otra parte las acordes con el sentido jurídico de la Alta Inspección que es común a otros países) sólo puede entenderse en dos sentidos: o bien resultan la expresión de la incompetencia de quienes redactaron la Ley en esos términos, o reflejan una intención deliberada de crear una imagen de la constitución del sistema sanitario, al menos en lo que se refiere a las intervenciones en el mismo por parte de la AGE, diferente de la realidad posible.

En todo caso, la propia realidad se encargó más temprano que tarde de reducir las expectativas de un funcionamiento cohesionado del sistema sanitario que se pudieran haber generado con la inclusión de esta competencia en la Ley: una vez promulgada ésta, el primer titular del centro directivo del Departamento de Sanidad encargado de las funciones de la Alta Inspección fue el propio coordinador de la redacción de la Ley al que se ha hecho referencia anteriormente. Las actividades más destacadas derivadas del ejercicio de la Alta Inspección conforme a la orientación proporcionada por dicho titular a este órgano, a las que se refiere un texto posterior

(Rey, 1998d), consistieron principalmente en el seguimiento pormenorizado de las disposiciones de las CCAA en las que se hacían explícitos los límites de las áreas de salud constituídas en cada una de ellas, para comprobar si sus criterios poblacionales se atenían a los establecidos al respecto (sin carácter básico, como se ha indicado antes) en la propia Ley. Una actuación cuya utilidad real, y cuya contribución al sostenimiento de un sistema sanitario “coherente, armónico y solidario” (términos que se utilizan en el mismo artículo 43 de la Ley al referirse a las finalidades de la Alta Inspección) pueden ponerse con pocas dudas en cuestión.

*La coordinación en la Ley General de Sanidad

La primera referencia a esta cuestión se encuentra en el propio preámbulo de la Ley. Es curioso, sin embargo, constatar la manera en la que se hacía esta referencia en los borradores previos al texto definitivo, y la forma en que se recoge en el que fue finalmente aprobado. En los primeros, tras las referencias iniciales a la dispersión a principios del siglo XX de las competencias sanitarias entre varios niveles y órganos de administración, lo que dio lugar a diferentes proyectos de reforma de las leyes que regían esa situación, se introducía un párrafo que señalaba de manera literal: *“Lo más que se ha puesto en pie desde principios de siglo es un nuevo mito...: la coordinación”*.

Este párrafo fue eliminado del texto definitivo, que, por el contrario, mantiene las expresiones siguientes: *“Ante la imposibilidad o la falta de convicción en la necesidad de organizar un sistema sanitario que integrase tantas estructuras dispersas se ha asentado la idea de que manteniendo separadas las diversas estructuras sanitarias públicas, la coordinación podría ser la respuesta a las necesidades de racionalización del sistema. El ensayo es ya viejo. Se intenta implantar primero en el ámbito de las Administraciones locales con la Ley de Coordinación sanitaria de 11 de Junio de 1934. Luego, con carácter más general y también en el ámbito de los servicios centrales, con la Ley de Hospitales de 21 de Julio de 1962 y mediante la creación de un extensísimo número de Comisiones Interministeriales, que fluyen como un verdadero aluvión, planteando al final el problema de coordinar a los órganos coordinadores...”*.

La solución propuesta por la Ley para ese problema parece apuntar en el preámbulo a la integración de órganos y redes de asistencia a la que se ha hecho alusión en apartados anteriores. Ya se ha visto en qué quedó el intento de integración citado. Además, a los problemas de coordinación previos habría que añadir que a partir de la Ley (y desde antes, cuando se comenzaron a hacer los traspasos de competencias a las

CCAA recién creadas) a los niveles y órganos existentes se les añadió el nivel autonómico, dotado de sus propias competencias. En esa situación, parece como si la eliminación del texto del preámbulo de la consideración de la coordinación como un mito de funcionamiento complejo y resultados ineficaces pretendiese actuar como conjuro de los problemas que se podrían derivar de la introducción del mismo principio en la Ley como un componente estructural relevante del “nuevo” sistema sanitario creado. Y como si la reducción inicial del número de órganos responsables de mantener la coordinación de diferentes facetas del sistema bastase para conseguir el éxito en el desempeño de esa función¹¹⁶.

Frente a ese planteamiento de principio, los aspectos estructurales de la forma en la que se aborda esta cuestión en la Ley se han destacado ya en un apartado anterior. Lo mismo ocurre con la forma de redacción de los preceptos, que copia de manera literal la redacción del Real Decreto 2824/1981 anterior en una parte sustancial de los artículos correspondientes, precisamente la que concreta las acciones a desarrollar por la Administración del Estado en ejercicio de esta función convertida en competencia estatal por el artículo 149. 1.16 de la CE. Se ha hecho referencia también a los efectos derivados de esa forma de repetir la redacción de unos preceptos establecidos para una situación diferente, y además transitoria.

En apartados previos se han descrito también los efectos de extender el concepto de “*coordinación general de la sanidad*”, que son los términos en los que la CE se refiere a esta cuestión a un terreno, el de la asistencia sanitaria, que con arreglo a todos los criterios aplicables, se incluía en aquel momento en el ámbito de la Seguridad Social, con un régimen de distribución de competencias diferente.

Al margen de esos aspectos, de la forma en la que esta incluía la cuestión de la coordinación en la Ley merecen la pena destacarse algunas cuestiones añadidas:

-en primer lugar, la amplia referencia a un denominado “Plan Integrado de Salud” como elemento destacado de coordinación interinstitucional.

A este Plan se refieren cuatro artículos de los ocho de que consta el capítulo Cuarto del Título III de la Ley dedicado a la coordinación, lo que permite deducir la importancia que la Ley le atribuye como instrumento de coordinación. Por otra parte, se

¹¹⁶ Esta visión puede ser puesta en cuestión con sólo examinar el funcionamiento del órgano encargado de llevar a cabo la coordinación del sistema, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, al que se alude en un apartado siguiente. El funcionamiento de éste ha exigido la constitución de diversas Comisiones para ejercer la coordinación en materias distintas, las cuales, por otra parte, ha mantenido un grado de desarrollo y funcionamiento muy diverso y sin conexión entre ellas.

trata del único instrumento dirigido al ejercicio de esa función al que se refiere la Ley en el propio capítulo, lo que resalta aún más su supuesto valor.

En los cuatro artículos citados la Ley describe el procedimiento a seguir para su elaboración, que debe ser la suma de los planes propios de cada CA, y que, tras su “conocimiento” por el Consejo Interterritorial, “*que podrá hacer las observaciones y recomendaciones que estime pertinentes*”, deberá ser aprobado “*definitivamente*” por el Gobierno. En otro de los artículos se mencionan también los procedimientos para su modificación.

En la Ley se establece también que “*la incorporación de los diferentes planes de salud estatales y autonómicos al Plan Integrado de salud implica la obligación correlativa de incluir en los presupuestos de los años sucesivos las previsiones necesarias para su financiación, sin perjuicio de las adaptaciones que requiera la coyuntura presupuestaria*”.

De las expresiones citadas cabría deducir que la redacción de tal Plan se preveía por una sola vez (no hay referencias a otros planes futuros, ni a su renovación con una determinada periodicidad, aunque sí parece deducirse de los textos citados que su duración parecería preverse prolongada por varios años). De las mismas expresiones se puede también deducir que su desarrollo estaba previsto para un plazo inmediato a la promulgación de la Ley.

Las consideraciones acerca de los planes de salud como instrumento central (puesto que no se cita ningún otro) de coordinación dinámica entre la AGE y las CCAA debe comenzar por la valoración de sus fundamentos teóricos.

Como se ha expuesto ya en otros trabajos (Rey, 1998 j, p. 271-273), el concepto de “planes de salud” da cuenta de la traslación al ámbito de la salud de los métodos de la planificación por objetivos, fijando éstos en términos de niveles de salud conforme a indicadores (de morbilidad, mortalidad, esperanza de vida u otros) lo más concretos posibles, estableciendo plazos para su consecución, así como los medios para alcanzarlos.

Se trata, por otra parte, de manera característica de planes intersectoriales, en los que los medios a utilizar deberían ser propios de diferentes ámbitos, pues son muchos los factores extrasanitarios que influyen y hasta determinan en algunos casos específicos los resultados en términos de salud. Esto explicaría su caracterización como un instrumento propio de un gobierno, como indica la Ley, y no de un ministerio específico, aunque el sanitario debiera estar al cargo de su seguimiento y aplicación.

Esta misma característica da idea de las dificultades de su elaboración y concreción según el esquema teórico descrito, en especial si se considera que el grado máximo de desarrollo de esos planes debería incluir, como se hace también en la Ley, la financiación de cada una de las actuaciones incluídas en el plan, muchas de ellas ajenas al sector sanitario.

Tales características, y sus dificultades de desarrollo correspondientes, están en la base de que este instrumento, diseñado desde el ámbito de la Salud Pública como mecanismo de intervención sanitaria, decayese en poco tiempo, para sustituirse por otras formas más realistas de tener en cuenta las repercusiones sanitarias de cualquier actuación¹¹⁷. En el momento del desarrollo de la Ley, estaba, sin embargo, en auge por parte de algunos sectores sanitarios, en especial del ámbito de la Salud Pública, y así lo recogió la Ley en cuestión.

Pero lo que no estaba planteado en ningún caso, aunque lo hiciera así la Ley, era su utilización, con los contenidos y orientación descritos, como instrumento de coordinación principal en sistemas federales o descentralizados, y menos aún para usarlos como tales también en la asistencia sanitaria prestada en territorios diversos. Lo que, sin necesidad de recurrir a consideraciones más profundas de carácter teórico, parece sencillo de comprender.

Una vez más en este caso se plantea que la redacción de la Ley adoleció de un escaso bagaje teórico adecuado a sus fines. Lo que quizás haya que poner también una vez más en relación con las características de las personas principalmente encargadas de su elaboración, y con la difusión del conocimiento sanitario en aquel momento¹¹⁸.

-la segunda cuestión es de carácter negativo: entre los instrumentos a los que se refiere la Ley para garantizar el funcionamiento coordinado del sistema no hay ninguna mención a la utilización de instrumentos financieros con ese fin.

¹¹⁷ En el momento actual lo que se está promoviendo es la introducción del “impacto en salud” como instrumento obligado de evaluación previa de cualquier intervención con posible repercusión sobre la salud de la población (O’Reilly, 2006; Bekker, 2007; Wismar, 2007; Brodin, 2008; Salay, 2008; Sandín-Vázquez, 2008).

¹¹⁸ Llama la atención, por ejemplo, que la demanda del Plan Integrado de Salud siga constituyendo una referencia en numerosos comunicados recientes de asociaciones y grupos como la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, críticas con muchos aspectos de la situación sanitaria actual, en especial en lo que se refiere a la asistencia sanitaria, para cuya mejora el instrumento citado, entendido como instrumento específico de actuación, no parece proporcionar una perspectiva de aportación relevante.

Es cierto que en los artículos dedicados al Plan Integrado de Salud que se han mencionado se hace alusión a la perspectiva, luego no concretada como hemos visto, de que los planes deberían llevar incluídas las previsiones presupuestarias correspondientes. Sin embargo, en dicha previsión no se hace mención alguna de utilizar los mecanismos presupuestarios, mediante la financiación condicionada de ciertas partidas, u otros instrumentos similares, para garantizar siquiera la conformidad de las intervenciones de las CCAA con las previsiones del Plan Integrado de Salud, a su vez elaborado sobre la base de los planes autonómicos.

Como se ha constado en otros trabajos más recientes (Rey Biel, 2006; Rey del Castillo, 2007b), la ausencia de mecanismos financieros al servicio del funcionamiento coordinado del sistema elimina cualquier clase de límites a la discrecionalidad de las actuaciones autonómicas, algo que no ocurre en países como Canadá, donde la situación es la contraria, y el gobierno federal dispone de instrumentos financieros específicos para garantizar el mantenimiento de lo que se consideran los principios básicos de su sistema sanitario (a los que se ha hecho alusión antes).

Es cierto que sobre las limitaciones de la utilización de instrumentos financieros al servicio del funcionamiento coordinado de un sistema sanitario se han hecho diversas consideraciones por algunos autores de países donde existen esos mecanismos, como Italia, cuyo sistema sanitario se asemeja en muchos aspectos al nuestro, entre otras cosas por estar siguiendo una vía semejante de descentralización (France, 2007).

En todo caso, y aunque el olvido de esos condicionantes financieros es frecuente al hablar de los mecanismos de coordinación propios de países descentralizados (Vrangbaek, 2006; Freire, 2008), la experiencia de nuestro país es ilustrativa de los efectos, en términos de ausencia de coordinación, de haber prescindido de cualquier referencia a la utilización de instrumentos financieros con los fines citados de garantizar la coordinación. Esos efectos se han magnificado probablemente más aún como consecuencia de la utilización de la financiación sanitaria como instrumento al servicio principal de otros fines, en concreto el aumento de la capacidad y el poder económico general de las CCAA, de cuya financiación la justificada supuestamente por necesidades sanitarias es parte principal. Estos efectos han aumentado con las modificaciones del sistema de financiación sanitaria que se han ido produciendo, a las que se alude en apartados posteriores. En todo caso, tales efectos se sustentan en las propias características del sistema de financiación (in)definido en la Ley General de Sanidad, en

la que la utilización siquiera potencial de los instrumentos financieros al servicio de la coordinación del Sistema no reciben ninguna mención.

-la tercera cuestión tiene relación con la desvirtuación que parece producirse en la Ley de la coordinación en las materias sanitarias como una competencia estatal “exclusiva” para sustituirse por un concepto cercano al mero efecto del acuerdo de las intervenciones autonómicas en las mismas materias. Y en la práctica, por la consecución de ese acuerdo mediante la participación de las CCAA en todas las decisiones que les afectan como conjunto, en vez de lograrse mediante una intervención activa y propia de la intervención estatal (cita texto CCOO). Este concepto se pone de manifiesto de manera muy expresiva en la regulación del Consejo Interterritorial que hace la Ley, que se analiza a continuación.

*El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en la Ley General de Sanidad.

Los términos en los que este órgano, llamado a desempeñar las funciones de coordinación de más alto nivel en el sistema sanitario, está recogido en la Ley se han citado de manera literal al principio de este apartado.

Lo que se trata de valorar aquí es si dichos términos provocaron, o al menos permitieron, un ejercicio efectivo de las funciones previstas en el artículo citado y si, en su caso, el cumplimiento de éstas dio pie a una contribución significativa de este órgano al funcionamiento integrado y coordinado del sistema sanitario descentralizado en su conjunto.

Para ello, es necesario recordar en primer lugar la situación en cuanto a distribución de competencias a las CCAA que se daba cuando se constituyó el Consejo, este sí de manera casi inmediata a la promulgación de la LGS, en 1987.

Si se observa el calendario de los traspasos sanitarios utilizado en ocasiones anteriores (Cuadro 1), en aquel momento los traspasos correspondientes a las competencias en materia de Salud Pública, incluídas las de centros de la AISNa , se habían completado para la totalidad de las CCAA. Lo contrario de lo que ocurría en el caso de las competencias en materia de asistencia sanitaria, que sólo se habían hecho efectivas para las CCAA de Cataluña, en 1981, y Andalucía, en 1984, y para las CCAA del País Vasco y Valencia en el mismo año de 1987, unos meses antes de que tuviera lugar la constitución del Consejo Interterritorial.

Puesto que éste se constituyó, según los términos previstos por la Ley, con un representante, en la práctica el Consejero, de cada una de las CCAA constituidas como tales, además de un número igual de miembros en representación de la AGE, la composición del Consejo sufrió desde el inicio del desequilibrio derivado de la presencia de CCAA con competencias distintas para una parte de las materias en las que debía intervenir, en concreto las relacionadas con la asistencia sanitaria, probablemente las que requerían desde un principio de una mayor esfuerzo de coordinación, incluida su financiación. Respecto a ésta, la correspondiente a esas materias, era y es, como se ha repetido ya en otras ocasiones, la parte más importante (hasta cien veces más que la de la Salud Pública en términos cuantitativos) de la financiación sanitaria global.

Por el contrario, en otras materias, las relacionadas con la Salud Pública, el nivel de competencia era ya entonces similar para todas las CCAA.

Las diferencias existentes entre un terreno y el otro no llevaron en la Ley a distinguir las constitución de órganos diferentes para hacer efectiva la coordinación en unas y otras cuestiones, quizás como reflejo del prurito por evitar la constitución de múltiples órganos de coordinación puesto de manifiesto en el preámbulo de la Ley, cuestión a la que se hecho alusión más arriba.

Con frecuencia se ha destacado que una característica diferencial del Consejo Interterritorial respecto a los órganos de coordinación interautonómica que existen en otras áreas de gobierno, a los que se conoce como Conferencias Sectoriales, es que el primero, lo mismo que ocurre en los casos del Consejo de Política Fiscal y Financiera y la Conferencia de Educación, tiene regulada su constitución en una norma sectorial específica, en este caso la LGS. Esta supuesta ventaja queda reducida a la nada si se considera que de la misma no se deriva ninguna peculiaridad ni adaptación especial, ni siquiera la que podría deducirse de una situación diferente en cuanto a la distribución de las competencias en las materias propias de su ámbito como la que se acaba de describir.

La creación de un órgano de coordinación sectorial por la LGS no fue tampoco una innovación respecto a lo que ya venía ocurriendo en otras áreas de gobierno y actividad: como puede observarse en los cuadros adjuntos (9 y 10), tomados de un informe realizado en 1995, para el momento en el que se creó el Consejo Interterritorial en la Ley ya existían con mayor o menor grado de institucionalización y actividad cinco conferencias sectoriales en sectores diversos. De entre ellas ya destacaba por su actividad y características de los acuerdos adoptados (no en vano es el lugar en el que se

acordaban y se siguen acordando los sucesivos sistemas de financiación autonómica) el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Y en el mismo año de 1987 en el que comenzó a funcionar el Consejo Interterritorial entraron en funcionamiento otras dos conferencias sectoriales más, la de Consumo, dependiente del mismo Ministerio de Sanidad, y la de Protección Civil.

Cuadro 9. Conferencias sectoriales de primer nivel existentes a Octubre de 1995.

Denominación	Reglamento Régimen Interno	Órganos de apoyo	Participación		
			Estado	CC.AA	Observ.
1 Agricultura y Desarrollo Rural	Aprobado en sesión de 20/07/95	Comisiones y grupos de Trabajo	Ministerio	17	
2 Pesca	Aprobado en sesión de 20/07/95	Comisiones y grupos de Trabajo	Ministerio	Sect. Pesq.	
3 Consejo de Política Fiscal y Financiera de las CC.AA.	Aprobado por Acuerdo 1/81 de 20/08 (B.O.E.10/11/81) y Acuerdo 1/83 de 29/07 (B.O.E.29/10/83)	Grupos de Trabajo	Ministerio y otros Dept.	17	
4 Transportes	Aprobado en sesión de 20/12/88	Comisiones, Subcomisiones y Grupos de Trabajo	Ministerio	17	
5 Asuntos Sociales	Aprobado en sesión de 26/07/90 de Trabajo	Comisiones, Ponencias y Grupos de Trabajo	Ministerio	17	
6 Asuntos Laborales (1)	En proyecto		Ministerio	C.materia	
7 Educación		Comisiones y Grupos Técnicos	Ministerio	C.plenas	
8 Medio Ambiente	Aprobado en sesión de 27/02/95	Comisiones	Ministerio	17	
9 Industria y Energía	Aprobado en sesión de 20/01/94 Grupos de Trabajo	Comisiones de Coordinadores y Grupos de Trabajo	Ministerio	C.materia	
10 Ciencia y Tecnología	Aprobado en sesión de 05/05/87	Comisión Permanente	Mº - otros Dep.	17	C.Paritaria
11 Infraestructura y Ordenación del Territorio			Ministerio	17	
12 Consejo Interterritorial del S.N.S	Aprobado en sesión constitutiva de 07/04/87 y modif. el 20/12/94	Comité Consultivo del S.N.S., Comisiones y G. de Trabajo	Mº - otros Dep.	17	C.Paritaria
13 Cultura		Grupos de Trabajo	Ministerio	17	
14 Consumo		Comisión de Cooperación y Coordinación y G. de Trabajo	Mº - otros Dep.	17	
15 Protección Civil	Ley 2/85 de 21/01 y RR.DD. de desarrollo	Comisión Permanente, Comisiones y Grupos de Trabajo	Mº - otros Dep.	17	
16 Turismo	En fase de debate	Comisión Sectorial de Turismo	Mº - otros Dep.	17	
17 Telecomunicaciones	Aprobado por O.M. 22/11/94	Comisión Permanente y Ponencias	Mº - otros Dep.	C.materia	

(1) En Preparación próxima constitución

Fuente: "La participación de las CC.AA. en los asuntos comunitarios Europeos" (M.A.P. Octubre 1995)

Cuadro 10. Reuniones de conferencias sectoriales de primer nivel celebradas hasta Octubre de 1995.

Denominación	Reuniones celebradas															
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	
1. Agricultura y Desarrollo Rural	-	-	2	3	3	3	4	2	5	3	4	4	1	2	3	
2. Pesca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
3. Consejo de Política Fiscal y Financiera de las CC.AA.	4	3	1	3	2	7	-	1	-	1	2	1	1	1	1	
4. Transportes	-	-	-	-	-	-	-	2	1	1	2	1	-	1	1	
5. Asuntos Sociales	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	1	2	1	3	2	
6. Asuntos Laborales (1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
7. Educación	-	-	-	-	-	1	4	3	3	2	4	4	3	3	2	
8. Medio Ambiente	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	1	-	2	2	
9. Industria y Energía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	
10. Ciencia y Tecnología	-	-	-	-	-	-	4	3	3	1	1	1	1	1	1	
11. Infraestructuras y Ordenación del Territorio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	
12. Consejo Interterritorial del S.N.S.	-	-	-	-	-	-	5	5	6	6	5	4	3	3	2	
13. Cultura	-	-	1	2	-	-	-	-	1	-	-	1	1	1	1	
14. Consumo	-	-	-	-	-	-	2	1	-	1	1	1	-	1	-	
15. Protección Civil	-	-	-	-	-	-	1	1	1	3	1	1	1	2	1	
16. Turismo	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	-	1	1	
17. Telecomunicaciones	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1	2	2	

Fuente: "La participación de las CC.AA. en los asuntos comunitarios Europeos" (M.A.P.- Octubre 1995)

(1) En preparación próxima constitución.

Que no fuese una novedad es probablemente razonable, dada la fase de construcción del Estado autonómico en la que se encontraba España en aquel momento. Lo que sí constituye una rémora es que al constituir el Consejo no se previeran algunas especificidades en relación con la peculiar situación de traspasos en las que se encontraba la atención sanitaria, e incluso las características específicas de los servicios sanitarios, en especial los de asistencia sanitaria, de cara a mantener el funcionamiento coordinado de un servicio público de acceso individual y protección universal cuya gestión se pretendía descentralizar. Algo bien diferente de una competencia política cuya distribución de recursos y la gestión de los mismos puede hacerse de manera integrada y sin carácter personal.

La conclusión que cabe obtener de estos análisis es que la constitución del Consejo Interterritorial en la Ley sentó las bases de las limitaciones que se han observado después en su funcionamiento. Y que la causa de que el Consejo no venga respondiendo a una parte importante de las demandas que se le dirigen para el ejercicio de una función de coordinación efectiva del servicio público sanitario radica en buena parte en su concepción inicial y en las previsiones legales relativas a su propia constitución.

La parte de responsabilidad que corresponde a un desarrollo posterior inadecuado de lo previsto legalmente se analiza en el capítulo siguiente.

b.3) La constitución de un “sistema” nacional de salud en la LGS.

La consecución de los objetivos de integración estructural y funcional que la Ley General de Sanidad se autopropone en su propio preámbulo se cifraba, conforme a la afirmación que se realiza en el encabezamiento del último apartado (el III) de éste, en “la creación de un Sistema Nacional de Salud”¹¹⁹.

El texto de dicho apartado del preámbulo continúa a renglón seguido afirmando que “*al establecerlo se han tenido bien presentes todas las experiencias organizativas comparadas que han adoptado el mismo modelo, separándose en ellas para establecer las necesarias consecuencias derivadas de las peculiaridades de nuestra tradición administrativa y de nuestra organización política*”.

La afirmación, no era, sin embargo, por completo exacta. Al referirse al “Sistema” Nacional de Salud, la Ley parecía pretender hacerlo al modelo de “servicio

¹¹⁹ La cita textual es la siguiente: “*La directriz sobre la que descansa toda la reforma que el presente Proyecto de Ley propone es la creación de un Sistema Nacional de Salud*”.

nacional de salud” existente en algunos países de nuestro entorno, pero no en otros, cuyas características diferenciales con respecto a los sistemas “de Seguridad Social” que existen en esos otros países en cuanto a integración horizontal y vertical, cobertura, financiación y mecanismos de provisión se han señalado más arriba, igual que en otros textos previos (Rey, 2000, 2005). La justificación para sustituir la denominación de “servicio” por la de “sistema” parece querer remitirse por la Ley a nuestra organización autonómica, que impediría supuestamente la constitución de un servicio único para pasar a constituir éste, como indica el apartado 2 del artículo 44 de la Ley, como “*el conjunto de los Servicios de salud de la Administración del Estado y de los Servicios de salud de las Comunidades Autónomas en los términos establecidos en la presente Ley*”.

Desde un punto de vista técnico, el concepto de “sistema nacional de salud” se refiere al conjunto de actividades de un país orientadas a la consecución de objetivos de salud (Roemer, 1989). Dada la influencia de numerosos factores extrasanitarios, como la agricultura y la alimentación, la vivienda, la educación, el empleo, el tráfico u otros, que influyen sobre la salud de las poblaciones, el “sistema” de salud de un país debe tratar de influir sobre todos ellos, lo que se lleva a cabo a través de intervenciones como los planes de salud, o el establecimiento de la verificación del “impacto en salud” de diferentes actuaciones no esencialmente sanitarias, a las que se ha hecho referencia un poco antes. Por el contrario, un “servicio de salud” es aquel cuya actividad se orienta de manera primaria al desarrollo de actividades dirigidas directamente a la prestación de cuidados de salud, principalmente a nivel individual. Esta distinción está recogida de manera poco adecuada en la propia Ley, que en el apartado 1 del mismo artículo 44 establece que “*todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud integrarán el Sistema Nacional de Salud*”.

Tal distinción podría servir por sí misma de base para poner en cuestión si el término escogido para representar lo que se pretendía poner en marcha con el desarrollo de la Ley 14/1986 era el más adecuado.

En todo caso, la contradicción principal con la calificación adoptada por la LGS es que al proponer la constitución del “Sistema Nacional de Salud” como la suma de los servicios de salud autonómicos y centrales sin prever mecanismos adecuados de integración de todos ellos se renunció en la práctica a la utilización de las ventajas de los “servicios nacionales de salud”. Esas ventajas, en términos de efectividad y eficiencia, derivan precisamente de manera principal de los mecanismos de integración (de los niveles primario y hospitalario de provisión; de financiadores y proveedores; de

mecanismos de financiación, a través de impuestos generales) que diferencian a aquéllos de otras formas de organización¹²⁰.

En los apartados anteriores se han puesto de manifiesto algunos de los hechos que pusieron en cuestión los mecanismos de integración (de la cobertura sanitaria de diferentes grupos de población; de competencias sanitarias dispersas en diferentes departamentos ministeriales; de redes hospitalarias) previstos con un grado elevado de prioridad en la propia Ley. La crítica a ésta en lo referente a estas cuestiones deriva, en todo caso, no tanto de la imprevisión legal que se hubiera podido producir al respecto sino, como se ha indicado, de que al prever un procedimiento no inmediato para su desarrollo y, sobre todo, al llevar a cabo éste de manera aún más tardía que lo previsto, se facilitaron cuantas resistencias pudieran oponerse por parte de quienes, personas o grupos organizados, tuvieran intereses contrarios a la integración, sin establecer ninguna clase de incentivos expresos para aquéllos de quienes cupiera esperar, en sentido inverso, una posición favorable a la integración.

Hay, sin embargo, tres terrenos en los que lo que se produjo de manera manifiesta fue la insuficiencia de los mecanismos previstos en la Ley para llevar a cabo la integración de los servicios autonómicos de manera que, siendo independientes, mantuvieran un funcionamiento coordinado entre ellos de manera que el resultado pudiera calificarse como un servicio nacional de salud de gestión descentralizada, que era lo previsto (al menos en lo que toca a los servicios de asistencia sanitaria “de la Seguridad Social”) en el artículo 149.1.17 de la Constitución.

Esos tres terrenos fueron el horizonte territorial y temporal de la constitución de los servicios de salud autonómicos, el diseño de un sistema de financiación acorde con el modelo que se adoptase de organización territorial de los servicios, y la determinación de los límites en cuanto a la gestión de los servicios que pudieran establecerse para la constitución y organización de los servicios de salud autonómicos.

¹²⁰ Estas ventajas por parte de los sistemas integrados han sido de nuevo reconocidas de manera expresa por algunos analistas de sistemas sanitarios al estudiar los resultados de las reformas en la línea de la separación de la financiación y la previsión y la introducción de mecanismos de competencia que se han llevado a cabo en algunos países como el Reino Unido (Ham, 2008 a, b y c; Timmins, 2008). Los analistas constatan también que los mismos efectos favorables se obtienen de la integración de niveles de atención que desarrollan algunas organizaciones privadas de atención sanitaria en los Estados Unidos, como la compañía Kaiser Permanente, que, a diferencia de otras organizaciones sanitarias privadas norteamericanas incluye en su prestación de manera coordinada tanto la atención primaria como la especializada y la hospitalaria (Light, 2004). Resulta, sin embargo, paradójico que una característica que era propia de los sistemas públicos de salud que ofrecían protección universal se ponga ahora como ejemplo para éstos desde un sistema privado que se caracteriza por su capacidad de limitar su ámbito de cobertura a la población que le resulta aceptable y capaz de pagar las primas necesarias para acceder a su ámbito de protección (ver en este sentido McKinsey Quarterly, 2009).

3.1) El horizonte temporal y territorial de la constitución de los servicios de salud autonómicos en la Ley General de Sanidad.

El problema del texto de la LGS en relación con esta cuestión es que, casi ocho años después de la aprobación de la CE, la Ley que venía a desarrollar las previsiones constitucionales relativas a la organización del derecho a la protección de la salud no fué capaz siquiera de definir un horizonte organizativo, y mucho menos temporal, de la organización de los servicios de salud autonómicos.

Es cierto que la forma de recibir los traspasos de cualquier materia o función por parte de las CCAA era, conforme a los mecanismos previstos en la CE, la solicitud del traspaso por cada CA en cada materia en la que se hubiera establecido su competencia. En el caso sanitario, a ese mecanismo de distribución de las responsabilidades con arreglo a las prioridades individuales de cada una de las CCAA habría que añadirle una complicación añadida: la posibilidad de asumir el traspaso de la asistencia sanitaria (“de la Seguridad Social”) por parte de todas las CCAA que hubieran accedido a su constitución como tales por la vía del artículo 143 de la CE, y no por la vía del artículo 151, requería la modificación previa en cada caso de su Estatuto correspondiente, una vez transcurrido el plazo de cinco años desde su primera aprobación. La razón es que ningún Estatuto de esas características contenía referencia alguna entre las competencias asumibles por cada una de estas CCAA a la asistencia sanitaria “de la Seguridad Social”. (A esta cuestión se ha hecho ya alguna referencia al tratar de la interpretación de las competencias sanitarias, y en concreto de la asistencia sanitaria como materia “sanidad” o Seguridad Social, una cuestión que, conforme a estos hechos, no precisaría de ni permitiría ningún debate posterior).

Sin embargo, esas dificultades formales no deberían haber sido obstáculo para que al definir en la Ley la constitución del “sistema nacional de salud” se precisara al menos si el horizonte final de la organización del mismo debía ser en todo caso el traspaso de esas responsabilidades a la totalidad de las CCAA. La Ley no concreta este aspecto, como si para ello quedara sólo a la espera de las iniciativas al respecto por parte de cada una de las CCAA que todavía no habían recibido los traspasos (que en el momento de la promulgación de la Ley hay que recordar que eran todas menos dos), y fuera éste el único criterio determinante de la constitución efectiva de cada servicio autonómico de salud y, en conjunto, del Sistema Nacional de Salud..

Por otra parte, tal carencia podía permitir en aquel momento la hipótesis de que lo que se estuviera planteando en la Ley no fuera la descentralización completa de la gestión. Hipótesis que, por otra parte, no resultó tan distinta de la realidad: los traspasos de la gestión de la asistencia sanitaria se completaron en enero de 2002, dieciséis años después de que se promulgara la Ley, cuando se hicieron efectivos de manera simultánea a diez CCAA, que eran más de la mitad de la totalidad de éstas, y sólo cinco menos de las que estaban pendientes de los traspasos cuando la Ley se promulgó.

Entretanto, la imprecisión legal de esta cuestión permitió también eludir la definición de cómo organizar un “sistema” nacional de salud formado por la suma de servicios autonómicos cuando éstos no estaban constituidos en la mayoría de los casos; permitió también no plantear tampoco la cuestión de las consecuencias que se podrían derivar de una gestión de los servicios mayoritariamente centralizada a través del INSALUD, cuando a la vez cada una de las CCAA era ya competencialmente responsable de la planificación. Esta situación no llevó siquiera a cuestionar la participación “cooperativa” de las CCAA que no tenían los servicios traspasados en el órgano de dirección del citado Instituto.

Un efecto de no hacerlo así fue que la Ley no previó tampoco los mecanismos que debían garantizar el funcionamiento coordinado e integrado del sistema, una cuestión a la que se ha hecho referencia al describir las previsiones con respecto al Consejo Interterritorial, y al ejercicio de la competencia de coordinación por parte del AGE, pero que podía haber alcanzado también a la modificación de los órganos de gobierno del INSALUD en el sentido indicado.

Los problemas en el desarrollo de las actuaciones en los dos casos citados derivados de esa imprevisión legal se han descrito en apartados anteriores. A la imprevisión legal mencionada se le unieron otras causas para determinar la aparición de esos problemas: en primer lugar, los sesgos en las formas de adaptación a las nuevas situaciones que se iban produciendo a medida que se iban desarrollando los traspasos en materia de asistencia sanitaria de manera progresiva pero lenta y escalonada, conforme al calendario descrito en el cuadro 1. Esos sesgos, ampliamente influídos por la relación bilateral con cada CA según el grado de afinidad política del gobierno central con cada una de ellas, fueron especialmente manifiestos en la valoración económica de los traspasos efectuados antes de la Ley, y los que se fueron llevando a cabo en años sucesivos, cuestión a la que se hace una referencia más amplia en los apartados siguientes.

Una segunda causa valorable fué la previsión legal de utilización de unos instrumentos idénticos para tratar de mantener la coordinación en el caso de unos servicios públicos de gran actividad y alto valor económico que los utilizados para mantener la coordinación en áreas de características opuestas (ver cuadro 11) (Rey, 2001b). De esa utilización monocorde e indiferenciada era previsible obtener unos resultados de descoordinación en el ámbito sanitario como los que se han descrito, por inadaptación manifiesta de los instrumentos utilizados a las peculiaridades del servicio público sanitario.

Cuadro 11. Características diferenciales de distintas clases de servicios públicos.

	<i>Sector primario y secundario</i>	<i>Educación Servicios sociales</i>	<i>Política exterior Defensa Justicia</i>	<i>Sanidad</i>
1. Naturaleza	Sectores productivos	Servicios públicos	Servicios públicos	Servicios públicos
2. Mecanismos de compensación	Inversión en infraestructuras	Inversión en infraestructuras	No	¿Equidad en acceso?
3. Competencia	Adecuada	No existe	No existe	Inadecuada
4. Población afectada	Regional	Regional	Estado	Regional Desplazados
5. Incremento de gasto	Previsible	Previsible	Previsible	Difícil de prever y controlar
6. Vinculación con cultura específica	No	Sí	No	No

Pero cabe considerar también una tercera causa: al referirse a la constitución del “sistema” y cifrar ésta en la constitución de los servicios de salud autonómicos que, conforme a lo indicado, tardaron más de dieciséis años en completar su constitución, el resultado de las (im)previsiones legales llevó a la consideración implícita de que el “Sistema” Nacional de Salud era en la práctica la suma de los dos servicios de Salud ya constituídos con nombres diversos en Cataluña y Andalucía, y el INSALUD, sin que la constitución de éste debiera variar para nada. Una situación que sólo se iría modificando a medida que otras CCAA fueran recibiendo los traspasos, lo que determinaría la reducción del tamaño del INSALUD y el aumento correlativo del número de servicios de salud autonómicos, sin ninguna otra variación.

En algunos trabajos recientes (Freire, 2005, 2008; Repullo, 2008) se ha planteado la posibilidad de constituir ahora el Sistema Nacional de Salud como una entidad con personalidad jurídica propia dotado de su propio órgano de gobierno. Efectuada la totalidad de los traspasos, constituídos la totalidad de los servicios de salud

autonómicos, y ejercidas las competencias por todas las CCAA bajo las formas y con los criterios de interpretación de las competencias sanitarias que se vienen utilizando, una proposición así parece de imposible o, al menos, muy difícil aplicación en este momento (Rey, 2007a).

Por el contrario, cabe pensar que ésa hubiera sido una decisión adecuada para su inclusión en la Ley General de Sanidad como vía de transformación del INSALUD en el “Servicio Nacional de Salud no traspasado”, y cuya consecuencia más inmediata debería haber sido, como se ha indicado más arriba, además de otras modificaciones posibles en su naturaleza y forma de gestión, la integración de todas las CCAA que no tuvieran traspasada la gestión del Instituto en su órgano superior de gobierno.

A partir de ahí se podría comenzar un ejercicio de “historia virtual”¹²¹ en el que considerar cuáles habrían podido ser las consecuencias en el funcionamiento cotidiano de un sistema sanitario del que las CCAA fueran corresponsables desde antes de recibir los traspasos; o de qué forma podría haber influido un planteamiento así en una planificación “cooperativa” de los recursos hospitalarios o tecnológicos, cuyo horizonte actual más verosímil es la autosuficiencia de cada una de las CCAA.

Más allá de esas especulaciones, lo único cierto es que la Ley General de Sanidad omitió cualquier consideración de la organización territorial de los servicios sanitarios con perspectiva de futuro. Y que de esa carencia se puede considerar que se han derivado problemas importantes para la constitución de nuestros servicios públicos sanitarios, en buena parte determinantes de su actual situación.

3.2) La financiación del sistema sanitario en la LGS.

Esta cuestión, como se ha puesto de manifiesto en la descripción más general hecha al principio de este capítulo, ocupa el capítulo quinto del Título III de la Ley (“*De la estructura del sistema sanitario público*”).

A través de seis artículos, los que van del 78 al 83, la Ley establece en este caso algunos principios generales, junto a determinadas disposiciones más concretas en las que se establece el método para el cálculo de la financiación autonómica en lo que se refiere a la asistencia sanitaria, que, cabe recordar, era en aquel momento todavía la de la “Seguridad Social”.

¹²¹ Sobre este concepto se puede ver Towson (2004).

* Con respecto a los principios generales, cabe destacar en primer lugar que al referirse a la financiación sanitaria la Ley no hace referencia alguna a la de los servicios sanitarios que ya habían sido traspasados en su responsabilidad a la totalidad de las CCAA, es decir, los que cabe englobar en el ámbito de la “Salud Pública”, cuya relevancia en términos económicos directos se puede considerar que era y es hasta cien veces menor. Para la Ley, hablar de la financiación sanitaria era hacerlo en referencia a la asistencia sanitaria, sesgo éste que, como otros, apunta en el sentido de indicar que lo que preocupaba realmente al gobierno que permitió y promovió el desarrollo de la Ley eran ante todos aquellos aspectos relacionados con un gasto sanitario creciente y difícil de controlar.

* Desde el punto de vista general, una segunda cuestión a destacar es que, prevista en la Ley la universalización de la protección sanitaria, y puesto de manifiesto que la vía para lograrla sería ante todo la integración de colectivos hasta entonces excluidos del mismo en el sistema de atención propio del régimen general de la Seguridad Social, la Ley repite en diferentes artículos el principio de que la integración mencionada conllevará una aportación económica adicional al sistema, bien sea por aportación estatal o compensatoria por parte de las entidades, como las corporaciones locales, que fueran previamente responsables de la atención de esos colectivos de población. En apartados anteriores se ha puesto ya de manifiesto cómo este principio fue sistemáticamente incumplido en los mencionados procesos de integración.

* Como principio general hay que considerar también el mantenimiento en el texto final de la Ley de la referencia que se hace a las “*tasas por la prestación de determinados servicios*” (artículo 79 1.c)) como uno de los instrumentos financieros con los que se podría financiar la atención prestada. Este aspecto había sido ampliamente criticado en las fases de borrador de la Ley por los grupos que consideraban que con ello se establecían las bases para vulnerar la igualdad en el acceso supuestamente preconizada por la propia Ley, como consecuencia del efecto repetidamente demostrado de que la exigencia de aportaciones individuales en el momento de acceso a los servicios sanitarios reduce la demanda efectiva de servicios por parte de quienes, por su más baja capacidad económica, es previsible que precisen más la atención.

* Entre las fuentes de ingresos citadas la Ley mantuvo también la referencia las cotizaciones sociales y las transferencias del Estado. El papel de estas últimas se vinculaba en el texto legal a la participación de aquél al sostenimiento de la Seguridad

Social, una aportación que en todo caso resultaba en aquel momento muy minoritaria respecto a los presupuestos de ésta, y a las compensaciones a efectuar por la inclusión de otros colectivos en el régimen general de protección propio de la Seguridad Social. Por su parte, también las CCAA y las Corporaciones Locales deberían contribuir con aportaciones proporcionales a las funciones que la Ley les atribuía, no incluyendo entre éstas las correspondientes a la gestión de la asistencia sanitaria cuando les fuera traspasada, para cuyo desarrollo el propio traspaso debería establecer la cuantía de la financiación, a partir de la establecida con carácter general en la propia Ley.

Con todo ello, la Ley mantenía en la práctica un régimen de financiación finalista y diferenciado respecto a otras prestaciones y servicios susceptibles de traspaso a las CCAA, basado ante todo en las contribuciones a la Seguridad Social.

* Sin embargo, una peculiaridad añadida es que, al hacerlo así, la Ley no estableció un horizonte de distribución progresivamente diferenciado a medida que se fueran haciendo efectivos los traspasos a cada una de las CCAA. Lo que la Ley establece a este respecto en su artículo 82 es un procedimiento bilateral para el cálculo de la cuantía económica de cada traspaso, con unos criterios de cálculo que, basados en la determinación del gasto efectivo del INSALUD en el territorio correspondiente en el año anterior al traspaso, cantidad que era susceptible de negociación en cada caso, derivaron, como se indica más adelante, en diferencias significativas en su aplicación a cada una de las CCAA.

* De otro lado, la referencia para el cálculo de la cantidad con la que financiar a cada una de las CCAA que recibiera el traspaso de la gestión de los servicios indicados a partir del año siguiente a la efectividad de aquél, siguió siendo a lo largo del tiempo, con arreglo a lo establecido en la Ley, el presupuesto del INSALUD no traspasado a ninguna CA: a partir del porcentaje de la población cubierta por éste, se calculaba en cada caso mediante una sencilla regla de tres el presupuesto correspondiente a la población cubierta en cada CA tras el traspaso. Esta cifra pasaba a convertirse en la cuantía con la que financiar la asistencia sanitaria en cada CA cada año a partir de aquél en el que se hubiera realizado dicho traspaso. De existir alguna diferencia, positiva o negativa, entre el presupuesto sanitario cedido inicialmente en el traspaso con el método del gasto territorial efectivo que se hubiera acordado y el derivado del cálculo efectuado con arreglo a la población protegida, la Ley preveía que la diferencia sería anulada “*en el transcurso de diez años al ritmo de un 10 por 100 anual*”. Estas condiciones fueron

objeto también de una diferente aplicación posterior a distintas CCAA con criterios discrecionales y de afinidad política.

* Pero además, el mantenimiento de la utilización de un mismo método de cálculo de la financiación general y de cada una de las CCAA con independencia del número de CCAA que hubieran recibido el traspaso llevó también a un efecto que, si había sido previsto, no parece en todo caso que resultase muy deseable: a medida que se fue transfiriendo la gestión de la asistencia sanitaria a un mayor número de CCAA, el cálculo de la financiación tanto general como la de cada una de las CCAA se fue basando en un porcentaje cada vez menor de población protegida y, de manera paralela, del presupuesto global. En la práctica, a partir de 1994, año en el que se efectuó el traspaso de la gestión del INSALUD a Canarias, la referencia para el cálculo de la financiación sanitaria general fue sólo el presupuesto correspondiente al 40% de la población, que era la correspondiente a las 10 CCAA (el 60 % de éstas) que no habían recibido todavía los traspasos.

* Otro efecto del mismo carácter es que, siendo el presupuesto del INSALUD no traspasado la referencia para la presupuestación sanitaria general y de cada CA con los servicios traspasados por las razones y con los métodos indicados, ese método de cálculo derivó en que la única gestión valorada para efectuar la presupuestación de todos los ámbitos fuera la del propio INSALUD. Cada una de las CCAA recibían en todo caso la financiación derivada de los métodos de cálculo que se han señalado con independencia de que, como consecuencia de su propia gestión, hubieran incurrido en superávits o déficits con la masa financiera recibida el año anterior.

Esta forma de establecer la financiación de las CCAA llevó a algunos consejeros autonómicos a afirmar que en lo que las CCAA, de cuya gestión presupuestaria no se preveía en la Ley información alguna, estaban realmente interesadas era en una mala gestión presupuestaria, que diera lugar a déficits o deudas, por parte del INSALUD: de ser aquéllos cubiertos por el Gobierno central en la presupuestación posterior del Instituto, dicha compensación derivaría de manera obligada en el aumento proporcional de la financiación de cada CA, con independencia de cómo hubiera sido su propia gestión.

*Esta última cuestión pone también de manifiesto que la financiación sanitaria cumplió desde su configuración en la Ley General de Sanidad un papel financiero principal, ajeno a objetivos sanitarios, y a su utilización como instrumento al servicio del funcionamiento coordinado del Sistema sanitario, como el que tienen en otros

sistemas sanitarios, federales o descentralizados, que simultanean la cobertura sanitaria universal con la descentralización de su gestión (Rey Biel, 2006).

Quizás el ejemplo más claro de cómo puede utilizarse la financiación sanitaria como instrumento al servicio del funcionamiento integrado y coordinado de un sistema sanitario de gestión descentralizada lo constituye Canadá. En aquel país la asistencia sanitaria era responsabilidad de las provincias canadienses, equivalentes a nuestras CCAA, hasta 1970. Las desigualdades y deficiencias observadas en la atención prestada por aquéllas llevaron en aquel año al gobierno federal a comprometer una aportación económica para generalizar la atención sanitaria a la población de todas las provincias por un montante equivalente al 50% del gasto global. Sin embargo, tal aportación se condicionó al mantenimiento por las provincias de cinco condiciones generales en la atención sanitaria prestada por aquéllas, a las que ya se ha hecho mención en otros apartados anteriores. Del control de esas condiciones se hizo responsable el propio gobierno federal, y se previó que su vulneración podía suponer la retención de los libramientos de una parte limitada de las aportaciones a aquellas provincias que se comprobase que no las cumplían. El procedimiento indicado ha sido efectivo para que esas condiciones generales, pese a las tensiones que se han generado en algunos casos, se mantengan.

Que precedentes como ése no se tuvieran en cuenta al prever en la Ley no sólo el sistema de financiación sanitaria, sino también su posible utilización con esos fines, es expresivo no solamente de los objetivos políticos prioritarios cuando se elaboró la Ley; ni tampoco sólo del desconocimiento de la experiencia de otros países por parte de quienes la redactaron, sino probablemente también de las limitaciones de los asesoramientos buscados para contribuir a su elaboración, una cuestión a la que también se ha hecho referencia en otros apartados anteriores.

3.3) La (falta de) referencia a las formas de gestión en la LGS.

Una vez más, como en los dos casos anteriores, lo que cabe atribuir a la LGS no es tanto una regulación equivocada de estas cuestiones, sino más bien la ausencia de referencia y, en consecuencia, de regulación de algunas de las cuestiones esenciales para la constitución de un servicio público de salud.

El texto de la Ley no hace referencia alguna a esta cuestión en sus aspectos más generales, como la naturaleza pública o privada de los órganos de gestión de los

servicios públicos sanitarios, la posible especificidad de los mismos dentro del ámbito público, o el propio estatuto del servicio público de salud.

A este respecto, la Ley sólo establece en su artículo 52, dentro del capítulo Segundo del título III, dedicado a *“los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”*, que éstas, *“en ejercicio de las competencias asumidas en sus Estatutos, dispondrán acerca de los órganos de gestión y control de sus respectivos Servicios de Salud, sin perjuicio de lo que en esta Ley se establece”*.

Pero lo que la propia Ley estableció al respecto se refiere de manera exclusiva a una forma de organización territorial de los servicios en Áreas de salud (artículo 56), a su vez dotadas, según lo establecido en el artículo 57, de órganos “de participación, de dirección y de gestión”, cuya utilidad de su regulación se ha puesto ya antes en cuestión.

La ausencia de cualquier otra previsión o condición al respecto habría que considerarla probablemente en primer lugar como la expresión de que, al redactar la Ley, el único modelo en el que cabía pensar por parte de quienes la redactaron era el de un “servicio nacional de salud”, a pesar de que se sustituyera el nombre por el de “sistema”, por las razones que ya se han comentado. Como modelo tradicional, los “servicios nacionales de salud”, de los que el NHS británico era el más caracterizado, incluían entre sus elementos definitorios la provisión de los servicios con medios propios y, por tanto de naturaleza pública. Desde esa posición, al asimilar el “Sistema” Nacional de Salud, a un Servicio Nacional de Salud de gestión descentralizada podía parecer una obviedad tener que hacer referencia a esas cuestiones.

Sin embargo, tal posición adolecía, como en otros casos, de una falta de conocimiento más profundo de la situación en ése y otros países que disponían de servicios sanitarios caracterizados como “servicios nacionales de salud”: en el caso del Reino Unido, en el momento en que se elaboró la LGS estaba lejos de producirse el proceso de “devolución” de diferentes competencias, entre ellas las de la asistencia sanitaria, a Escocia, País de Gales e Irlanda del Norte, proceso que tuvo lugar a finales de los años 90, con el gobierno laborista de Tony Blair (en el apartado II.3.c) se hace una amplia referencia bibliográfica a esta cuestión). Hasta tanto se produjo ese proceso, y en el momento del desarrollo de la LGS, la gestión del NHS era pública sin matices, aunque se llevaba a cabo no por un órgano único, sino, en la parte correspondiente a las naciones citadas, por los Ministerios del gobierno central que llevaban a cabo la gestión de todos los servicios de cada una de esas naciones incluídas en el Reino Unido, cuya calificación como tales no ha sido nunca puesta en cuestión. El NHS era ante todo, en

consecuencia, el NHS inglés, aunque las características de su gestión en las otras naciones no fuera diferente, sin necesidad de ninguna regulación específica.

Por otra parte, en el propio NHS se habían empezado a sugerir algunas líneas de reforma para poner en cuestión la gestión pública del servicio tal y como era conocida hasta los años 80: el primero de los documentos que sugirió la introducción de mecanismos de gestión propios del ámbito privado fue el informe Griffiths, que data de 1983. El informe toma su nombre de Sir Roy Griffiths, un gestor de supermercados al que Margaret Thatcher invitó a revisar el funcionamiento de los hospitales ingleses, y cuyas conclusiones principales derivaron en la propuesta de dotar a la organización sanitaria en su conjunto, y más en concreto a los hospitales, de “gerentes” con capacidad ejecutiva que sustituyeran a los gestores tradicionales (Pollock, 2004, p. 37)¹²².

Que en la misma época se produjeran propuestas más o menos semejantes, con la contratación de “gerentes” para las instituciones sanitarias procedentes de ámbitos diferentes de la gestión empresarial en el ámbito del INSALUD, resulta demostrativo de que no todos en el ámbito de la administración sanitaria del momento, bajo mandato socialista, eran ignorantes de los movimientos que se estaban produciendo en otros países. Pero es demostrativo a la vez de la impermeabilidad que ya se ha descrito entre los sectores que llevaban a cabo en aquel momento la gestión del citado Instituto y quienes desde el ámbito del Ministerio desarrollaron el proyecto de Ley.

Por otra parte, el conocimiento de esas orientaciones en otros países, como en concreto en el Reino Unido, no llevó a la consideración de las diferencias de la situación de nuestro país en aquel momento con la del Reino Unido: así como en nuestro país la transformación más importante que se estaba produciendo en todos los ámbitos, incluido el sanitario, era el proceso político de descentralización, en el Reino Unido no había ni atisbos de un proceso semejante. En consecuencia, las previsiones a adoptar para la constitución de un servicio público sanitario que ofreciera protección universal

¹²² La introducción de este tipo de medidas hizo que en poco tiempo se doblara la proporción del gasto en servicios administrativos en el NHS. El número de “gestores” pasó de 1.000 en 1986 a 26.000 en 1995. En el mismo período el gasto administrativo en el NHS, incluyendo los sueldos de esos gestores, pasó del 5 al 12% (Webster, 2002, p. 203), reduciendo con ello una de las ventajas en términos de eficiencia de los servicios nacionales de salud sobre otras formas de organización. El enfoque “gerencial” continuó incrementándose en el NHS desde los inicios de los años 90, tras la publicación de un nuevo informe, esta vez elaborado por el propio Departamento de Salud del gobierno británico, el denominado “*Working for Patients*” (Secretary of State for Health, 1989; Ham, 1997). A partir de éste se creó el llamado “mercado interno” mediante la separación de las funciones de compra y provisión de servicios, el reconocimiento de personalidad jurídica como proveedores independientes a los hospitales, y la atribución de las funciones de “compra” a la atención primaria, agrupada en torno a grupos de médicos constituidos primero como “fundholders” y luego, ya con gobierno laborista, como “trusts”

con gestión descentralizada no debían guardar ningún parecido con las adoptadas para el mantenimiento de la misma protección en condiciones de centralización de la gestión.

A esos efectos, la experiencia que habría que haber tenido en cuenta probablemente era la de un país como Canadá, que al constituir su servicio sanitario público y universal lo hizo siguiendo un proceso “federal”, que mantuvo en todo caso la gestión descentralizada del propio servicio por parte de cada una de las provincias “federadas” a estos efectos, estableciendo, sin embargo, para ello, las cinco condiciones a las que se ha hecho ya repetida mención. No es casual que entre ellas figure precisamente que la gestión de los servicios sanitarios debe ser pública, condición que desde entonces se ha mantenido por el gobierno federal, entre otras cosas para hacer efectiva su aportación económica a la financiación sanitaria¹²³.

La inclusión de ésta entre las condiciones impuestas para la “federalización” sanitaria tiene sin duda que ver con la evidencia ya existente en aquel momento de que la forma en que se lleva a cabo la gestión de los servicios sanitarios tiene a su vez relación con el nivel de gasto del sistema correspondiente, y que son los sistemas que utilizan fórmulas públicas de gestión integrada los que, en virtud de su eficiencia en términos macroeconómicos comparada con la otros sistemas, permiten deducir mayores beneficios en términos de prestación de servicios a grupos más amplios de población¹²⁴.

Puede considerarse, por el contrario, que la ausencia de cualquier previsión semejante en la Ley General de Sanidad está en la raíz de la dispersión de formas organizativas que, presentes en diferentes CCAA, constituyen en el momento actual una dificultad objetiva para el funcionamiento integrado del Sistema Nacional de Salud (Martín, 2007).

Por otra parte, la ausencia de esos condicionantes expresos iniciales facilitó la proliferación de iniciativas diferentes por parte de distintas CCAA sin ningún control, una situación que comenzó con la previsión de formas de gestión diferentes en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990 (Rey, 1998i, p. 404-409). Una vez tuvo lugar

¹²³ La inclusión de ésta entre las condiciones impuestas para la “federalización” sanitaria canadiense tiene sin duda que ver con la evidencia ya existente en aquel momento de que la forma en que se lleva a cabo la gestión de los servicios sanitarios tiene que ver con el nivel de gasto del sistema correspondiente, y que son los sistemas que utilizan fórmulas públicas de gestión los que, en virtud de su eficiencia en términos macroeconómicos comparada con la otros sistemas, permiten deducir mayores beneficios en términos de prestación de servicios a grupos más amplios de población. Otros estudios posteriores (Elola, 1995, 1996, ya citados previamente) han confirmado esa consideración.

¹²⁴ En la nota 120 anterior he hecho ya referencia a las ventajas de los sistemas sanitarios integrados, una línea de análisis que no he hecho más que consolidarse en los últimos años. Se pueden ver, por ejemplo, un número reciente de la revista *Healthcare Quarterly* (2009) dedicado a las distintas facetas de este tema; también Hofmarcher (2007), Gleave (2009), o The Change Foundation (2009), .

ese desarrollo no condicionado, los intentos para establecer ciertas condiciones de homogeneidad que tuvieron lugar años más tarde¹²⁵ no resultaron eficaces a esos efectos, no sólo por su contenido poco preciso, sino por la habituación a un ejercicio autónomo y sin ninguna clase de control del establecimiento de las condiciones de gestión en los servicios de salud.

c) Las valoraciones de la LGS en el momento de su promulgación.

A lo largo de los apartados anteriores se han formulado ya algunas observaciones relacionadas con las expectativas generadas por el debate y la aprobación de este texto legal, y con los efectos de su aplicación.

Globalmente puede considerarse que tales efectos pasaron desapercibidos para la mayoría de la población, como consecuencia de que para la mayoría de ésta, en virtud del desarrollo no inmediato de muchas actuaciones previsto ya de antemano en el texto legal, la entrada en vigor de la Ley no supuso ningún cambio significativo en su relación con los servicios sanitarios, ni en la forma de acceso a los mismos, ni en el título justificativo o los cauces a seguir para recibir la atención., ni tampoco en la forma de prestarse ésta.

En cuanto a las expectativas relacionadas con la aprobación de la Ley, que pudieran haberse visto frustradas o, por el contrario, satisfechas con su promulgación, se ha comentado también que tales expectativas eran escasas en relación con la población general, e incluso entre grupos de ésta con un mayor nivel de conocimientos, o más activos políticamente, como podría ser el caso de los pertenecientes a sindicatos.

Respecto de estos últimos, es significativo recoger el breve texto de los Pactos de la Moncloa (1977) que hace referencia a “Salud y Asistencia Sanitaria”. En dicho texto se establece que “*Se elaborará un catálogo de enfermedades profesionales y se actualizarán las normas de medicina preventiva. Asimismo se recomienda la creación de un Servicio de Orientación familiar y la inclusión de la psiquiatría dentro de las prestaciones de la Seguridad Social, todo ello dentro de las posibilidades actuales del marco financiero general de la misma*”¹²⁶.

¹²⁵ Así debe considerarse la Ley 15/1997, de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, a la que se alude más adelante.

¹²⁶ Apartado VI. J. del Documento aprobado, con la firma de los partidos políticos democráticos y los sindicatos el 27 de Octubre de 1977. Se trata de un acuerdo que resultó esencial para el desarrollo de la transición española a la democracia, en el que se vincularon cuestiones de contenido político relacionadas con el ejercicio de los derechos y libertades que luego fueron reconocidos en la CE con otras de contenido económico. Entre éstas, y como medida imprescindible para la contención de la inflación

Es importante señalar que la preocupación sanitaria principal observable en los Pactos de la Moncloa es la relacionada con la sostenibilidad económica de la Seguridad Social que ya refleja la última frase del párrafo anterior. A este respecto cabe destacar también que el apartado VI.E de los mismos Pactos, relativo a racionalización de las Prestaciones de la Seguridad Social, dedica sus tres apartados a las prestaciones farmacéuticas en los siguientes términos:

“1. En lo que se refiere a las prestaciones farmacéuticas se adoptarán medidas que garanticen la utilidad de las nuevas especialidades y se controlarán los precios de importación de materias fundamentales. Asimismo se elaborarán normas específicas sobre conciertos de la Seguridad Social con laboratorios y farmacias y sobre autorización administrativa previa de la publicidad que no se limite a niveles científicos. Se realizará un estudio sobre la racionalización de la industria nacional farmacéutica, especialmente de la productora de primeras materias, procediéndose, si fuera conveniente, a la creación de una Empresa Nacional de productos intermedios químico-farmacéuticos.

2. Con objeto de frenar el consumo innecesario de productos farmacéuticos se revisará la participación de los beneficiarios en el coste de estas prestaciones, excepto en lo que se refiere a medicamentos básicos y con exclusión en todo caso de los colectivos menos protegidos.

3. Se autorizará el despacho directo de productos farmacéuticos básicos en el recinto de las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social a los beneficiarios de la misma”.

Cabe recordar que, de estas previsiones, la última, por las razones que se han apuntado en el apartado a.2) previo, fue excluida expresamente del texto de la Ley. En todo caso, tanto ésta como las dos anteriores traducían una preocupación principal por la economía de la prestación sanitaria, incluida la farmacéutica. Los términos de esta última han sido considerados siempre, incluso en el lenguaje popular (“para eso pago”), como una compensación económica directa a las aportaciones de los trabajadores a la Seguridad Social. La dificultad de modificación de los términos en que se hace efectiva¹²⁷ ha sido puesta de manifiesto en multitud de ocasiones¹²⁸. No hay razones para

desbocada que se daba en aquel momento, se comprometió la moderación salarial con la mejora de medidas de extensión y mejora de la protección social de contenido principalmente económico.

¹²⁷ Con una aportación del beneficiario del 40%, de la que están exentos los pensionistas, todo ello en el “régimen general”. En el caso de las Mutualidades de funcionarios se hace una aportación igual del 30% por activos y pensionistas.

pensar que esos criterios cambiaran en el período transcurrido entre los Pactos citados y la elaboración y promulgación de la Ley.

Por otra parte, como en el momento de la suscripción de dichos Pactos, la situación laboral en los años transcurridos desde aquéllos y en los que, a partir de 1983, comenzó a gobernar el Partido Socialista, se caracterizó sobre todo por la destrucción de empleo, especialmente en determinados sectores, como el siderúrgico, el naval, el textil o la industria del automóvil, que sufrieron sus propios procesos de reconversión industrial. En relación con todo ello se produjo un aumento muy importante de la situación de paro de larga duración. A la pérdida de puestos de trabajo de esa causa hay que añadirle un aumento muy importante de personas jóvenes buscando su primer empleo, una consecuencia al menos parcialmente derivada del aumento de la natalidad que se había producido en los años 50. (Navarro, 1995 b, p. 30)

Las políticas del gobierno socialista dirigidas a paliar esa situación se centraron principalmente en aumentar la cobertura del seguro de desempleo, que, según los datos del Instituto Nacional de Empleo, entre 1982 y 1986 pasó de cubrir a un 23% de desempleados a hacerlo al 43 % de éstos.

En esa situación, las compensaciones exigidas desde los ámbitos sindicales eran ante todo de naturaleza económica directa, sin considerar los efectos de mantenimiento y nivelación de rentas derivados de otras políticas “en especie”, como es el caso de los servicios sanitarios. Y dentro de ellos, como se ha indicado antes, la preocupación se centraba y se sigue centrando, al menos de manera primaria, en la parte de contenido económico más explícito como consecuencia de la forma en que está regulada, como es la prestación farmacéutica.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la prestación de servicios sanitarios había comenzado ya bajo la dictadura y que, como he comentado hace un momento, ni las políticas desarrolladas en los años anteriores ni las promovidas en la LGS supusieron un cambio significativo en la forma de percibir los servicios sanitarios por la población: la asistencia sanitaria siguió siendo “el Seguro”, con los problemas, pero también las ventajas en cuanto a las posibilidades de acceso a una atención sanitaria con

¹²⁸ Puede verse como ejemplo a este respecto la reacción suscitada unos años después, en 1991, por algunas de las propuestas realizadas por la llamada Comisión Abril que hacían referencia a esta cuestión. Esta cuestión se trata en el apartado II.6.e.3.2). En la contestación a esas propuestas las razones que determinaban su rechazo no incluían tanto consideraciones sanitarias sobre la adecuación de la prestación farmacéutica a sus fines de contribución a la mejora de la salud como el rechazo a la puesta en cuestión del beneficio económico obtenido en la dispensación de medicamentos de los colectivos, fundamentalmente los pensionistas, exentos de aportación.

un grado inédito de calidad con respecto a épocas previas que suponía su existencia para gran parte de la población, ventajas que se habían comenzado a dar bajo el régimen político anterior.

En la práctica, por todo ello, el único grupo caracterizado por su interés en una reforma sanitaria global podría considerarse el de los médicos hospitalarios vinculados a la creación y desarrollo del sistema MIR, tanto aquella parte del staff de los hospitales que había contribuido a su creación como los que se habían formado al amparo de los primeros años de desarrollo del mismo, y que encontraban en la constitución de un servicio público de salud no sólo la alternativa política general a lo existente, sino también su vía de progreso profesional más adecuada. Respecto a este grupo, se ha señalado también la evolución en sus expectativas y el cauce (desnaturalizador) dado a sus aspiraciones más generales mediante su integración en la gestión del sistema.

Frente a esa situación, lo que se trata de considerar en este apartado son las posiciones de los diferentes agentes políticos que tuvieron relación con la aprobación de la Ley. En primer lugar, los partidos políticos que participaron en su debate y aprobación; pero también algunos grupos de opinión caracterizados.

c.1) Las posiciones de los partidos políticos.

1.1) Los votos

Un buen resumen de las posiciones de los partidos políticos frente a la Ley General de Sanidad lo podrían constituir los votos con los que contó el texto legal para su aprobación.

Si tenemos que hacer caso a una visión más cercana a la “doctrina oficial” del Partido Socialista, la votación de la Ley en el Congreso tuvo a favor, además de los votos del Partido Socialista, como partido del Gobierno que la había presentado, los “*del PNV,..., del partido comunista y de CiU*” (Lamata, 1998). De ser cierta esa afirmación sin otras matizaciones, se trataría de la práctica totalidad del espectro parlamentario con la sola excepción de la entonces denominada Alianza Popular, que se había presentado a las elecciones de 1982 en coalición con el partido Demócrata Popular (al que luego absorbió en el Partido Popular), que había obtenido 107 escaños, y de la UCD, cuya descomposición había dado lugar a una caída en picado de los votos obtenidos, pasando de 168 años a 11.

Por su parte, la suma de los escaños alcanzados por el PSOE (202), más los 12 de Convergencia i Unió, los 8 del Partido Nacionalista Vasco y los 4 del partido

Comunista (que había bajado a esa cifra en 1982 desde los 23 escaños obtenidos en 1979), alcanzaba una cifra total de 226.

La primera votación de la Ley en el Pleno, tras su paso por la Ponencia correspondiente y por la Comisión de Política Social y Empleo, en la que se debatió y modificó el texto inicial, se llevó a cabo los días 31 de Octubre y 7 y 12 de Noviembre de 1985. El último de esos días tuvo lugar la referente a lo que constituyó luego la Ley 3/1986, Orgánica de medidas especiales en materia de Salud Pública, cuyos artículos (los números 21, 28 y 29 del proyecto remitido por el Gobierno) se habían segregado del texto del proyecto inicial a través de la tramitación mencionada.

En los dos días anteriores lo que tuvo lugar fue la votación de las numerosas enmiendas (781 en total, distribuidas entre los diferentes grupos conforme a lo que se indica en la Tabla 8) mantenidas por esos grupos tras su paso por la Comisión citada, de la que salió un texto aprobado por mayoría. La votación de esas enmiendas, que fueron todas rechazadas en esa fase, salvo dos transaccionales del Grupo Socialista, se hizo agrupando las mismas por Títulos y Capítulos de la Ley (Tabla 9). Ni en esas sesiones, ni en las posteriores, tras el paso del texto por el Senado, tuvo lugar una votación sobre el conjunto del texto, de la que se pudiera deducir el grado de apoyo global al mismo por parte de los distintos grupos. En la Tabla 10 se reflejan las votaciones correspondientes al texto de la Ponencia remitido desde la Comisión, que en todos los casos fue defendido por diputados del Partido Socialista.

Tabla 8. Enmiendas al texto de la Comisión presentadas a votación en el Pleno del Congreso.

GRUPO PARLAMENTARIO	PNV	CiU	EE	PCE	UCD	PP	TOTAL
NÚMERO DE ENMIENDAS	87	180	91	88	131	204	781

El primer dato de interés es el número de asistentes a las sesiones en las que se votó el texto. La cifra más alta de asistentes, 272, corresponde al 12 de noviembre, fecha en la que sólo se votó la Ley Orgánica de medidas especiales en materia de Salud Pública, cuyo corto texto, como se ha indicado, se segregó del proyecto inicial del Gobierno en su tramitación, con el acuerdo de todos los grupos. Fuera de esa fecha, en los días en que se votó el texto de la Ley General de Sanidad ese número osciló entre un

máximo de 226 diputados en una de las votaciones del 7 de noviembre y 202, en la última de las votaciones correspondientes a la misma sesión.

Tabla 9. Votación de enmiendas de Grupos en el Congreso el 7 de noviembre de 1985.

Artículos	Grupo Proponente	A favor	En contra	Abstenciones	TOTAL
16-38	PNV	39	159	3	201
	AP	33	165	5	203
	G. Mixto (PCE)	9	193	2	204
	G. Mixto (EE)	13	165	26	204
	CiU	40	160	4	204
	UCD	39	160	5	204
	Texto Comisión	158	33	12	203
39-44	G. Mixto (PCE)	7	209	6	222
	G. Mixto (EE)	16	202	6	224
	G. Mixto (Vicens)	16	202	6	224
	PSOE (Transac, artº 44.6)	167	10	47	224
	PNV	16	164	44	224
	PNV	55	164	4	223
	UCD	20	164	40	224
	AP	42	171	12	225
	Texto Comisión	160	59	6	225
45-89	UCD	35	168	2	206
	G. Mixto (PCE)	3	204	2	209
	G. Mixto (EE)	4	201	4	209
	PP	32	170	7	209
	PNV	10	168	31	209
	CiU	35	169	5	209
	Texto Comisión	167	40	2	209
90-96	Texto Comisión	168	42	1(+ 6 nulos)	217
97-113	PP	21	179	5 (+1 nulo)	206
	PNV	28	178	1	207
	CiU	28	178	-	206
	G. Mixto (PCE)	2	187	17	206
	UCD	25	180	1	206
	Texto Comisión	165	38	3	206
Exposición de motivos	UCD	22	180	2	204
	PP	22	178	1	201
	CiU	23	177	1	201
	PNV	27	174	1	202
	Texto Comisión	169	32	1	202

En el caso de la votación de las enmiendas de los distintos grupos parlamentarios efectuadas en las mismas sesiones, que por su número no están reflejadas en el cuadro, las cifras de asistentes se movieron en la misma horquilla: la cifra mínima fue de 201

diputados, y la máxima de 225. Una gran mayoría de esas enmiendas, todas ellas rechazadas, obtuvieron una cifra de entre 170 y 180 votos en contra, y una parte de ellas, las presentadas por el Grupo Parlamentario Popular, el centrista y el de Convergencia i Unió, obtuvieron en la mayor parte de los casos entre 40 y 45 votos a favor. Las enmiendas transaccionales presentadas por el Partido Socialista obtuvieron entre 165 y 161 votos favorables, y entre 43 y 51 en contra.

Tabla 10. Votación del texto de la Ponencia en su primer paso por el Congreso.

FECHA VOTACIÓN	ARTÍCULOS	VOTOS A FAVOR	VOTOS EN CONTRA	ABSTENCIONES	VOTOS NULOS	TOTAL
31/10/1985	1º y 2º	158	51	8	-	217
	3º-15º	161	51	11	-	223
7/11/1985	16º-38º	158	33	12	-	203
	39º-44º	160	59	6	-	226
	45º-89º	167	40	2	-	209
	90-96	168	42	1	6	217
	RESTO ARTÍCULOS	165	38	3	-	206
	EXPOSICIÓN DE MOTIVOS	169	32	1	-	202
12/12/1985	Ley orgánica medidas especiales (artº 21, 22 y 29+ Disposición adicional séptima proyecto de Ley)	192	65	15	-	272

Por su parte, como refleja la Tabla 10, el texto de la ponencia, aprobado en todos los casos, obtuvo entre un máximo de 169 votos (para la Exposición de motivos) y un mínimo de 158 (para los artículos 1º y 2º, que incluyen la definición de los titulares del derecho a la protección de la salud y la definición de los artículos de la norma dotados de carácter básico, y los artículos 16 a 38). Mientras que la suma de los votos en contra y las abstenciones osciló entre un máximo de 65 (para los artículos 39 a 44, que incluyen la definición de las competencias sanitarias de las distintas Administraciones Públicas y la referencia a la Alta Inspección) y un mínimo de 33 (para la misma Exposición de motivos en la que se recogió un nivel de votación favorable superior).

En el caso de la Ley Orgánica de medidas especiales citada, el número de votos favorables alcanzado en esta fase y en la sesión indicada por el texto fue de 192, por 65 votos en contra y 15 abstenciones.

Tras ese primer paso por el Congreso la Ley se remitió al Senado, donde el PSOE gozaba también de una confortable mayoría absoluta. A su paso por esa Cámara, ésta, con la mayoría citada, aprobó distintas enmiendas no sustanciales al texto recibido del Congreso, y rechazó con la misma mayoría las que presentó el grupo de Coalición Popular.

Tabla 11. Votación de enmiendas del Senado en el Congreso el 18 de marzo de 1986.

Artículos	A favor	En contra	Abstenciones	TOTAL
46.3	179	3	71 (+1 nulo)	254
40, 43, 70, 82, 91, Disp. Transit. 1ª y Disps. Finales cuarta y sexta	187	46	22	255
Disp. Final quinta	186	48	21	255
Otras enmiendas	182	1	75	258
Ley orgánica medidas especiales	241	5	18	264

La sesión en la que se votaron las enmiendas del Senado se celebró el 18 de marzo. Las aprobadas por el Senado se ratificaron por el Congreso con los votos mayoritarios que se reflejan en la tabla 11. Como puede observarse, con una asistencia en las distintas votaciones de entre 254 y 264 diputados, tanto los votos favorables como la suma de votos negativos y abstenciones se mueven en todas las votaciones en rangos similares, sugestivos de la existencia de dos bloques relativamente homogéneos, correspondientes uno al grupo Socialista y otro a la suma del resto de los grupos. La única excepción a esta valoración la constituyó de nuevo la votación de la Ley de medidas especiales, en la que la votación mayoritaria alcanzó un grado de apoyo muy superior.

1.2) El contenido de las enmiendas de los distintos grupos al texto de la Ley.

En cuanto al contenido de las enmiendas, dejando de lado todas aquéllas, bastante numerosas, que no se referían a aspectos centrales de la Ley¹²⁹, cabe también observar una cierta homogeneidad en las presentadas por algunos grupos políticos.

Así, las presentadas por los partidos nacionalistas se referían de una u otra manera a la distribución de competencias sanitarias entre la AGE y las CCAA.

Dentro de ese marco general, las del PNV hacían especial hincapié en las peculiaridades de su propio régimen de financiación (el llamado sistema “de cupo”, al que ya se ha hecho mención) y su traslación al ámbito sanitario, en especial al de la asistencia sanitaria “de la Seguridad Social”. Una previsión al respecto quedó finalmente reflejada en la Disposición Adicional Primera. Por su parte, las enmiendas de los diputados de CiU se referían también a la necesidad de que el sistema de financiación establecido para las CCAA de régimen común no limitase el ejercicio de sus competencias por esas CCAA, y pretendía atribuir el ejercicio de la planificación sanitaria a las Cortes, restándola al Ministerio de Sanidad.

Este grupo reiteraba también en sus enmiendas la inconveniencia de dotar de carácter “básico” (y, por tanto, de obligado seguimiento en su desarrollo por las CCAA) a numerosas previsiones de la Ley (a la que, por esa razón, se comparaba con la Ley Orgánica de Armonización del Proceso Autonómico, o LOAPA, declarada parcialmente inconstitucional por el TC), y más aún la posibilidad de desarrollar disposiciones básicas con normas de rango inferior al de Ley, por entender que con eso se interfería en las competencias autonómicas. Esta línea de crítica era también compartida por el PNV y otros grupos nacionalistas de izquierda, como el de Euskadiko Ezkerra (EE), integrado, como el PCE, en el Grupo Mixto, que señalaba también la conveniencia de evitar en el desarrollo de esas disposiciones que se confundiera el “interés general” con el interés de la Administración General del Estado AGE (un término, el de AGE, que por entonces no se había acuñado todavía para referirse a la administración central).

¹²⁹ En esa calificación se incluyen cuestiones tan variadas como las referencias a la salud laboral, que ocupa el reducido espacio en la Ley al que ya se ha hecho mención, o la regulación de los servicios veterinarios, la organización de la asistencia psiquiátrica a niños, la integración de la asistencia psiquiátrica en los centros de salud, el régimen de infracciones y sanciones en determinadas materias, las disposiciones a adoptar para lograr la reinserción social del enfermo, la sanidad de las Fuerzas Armadas, la coordinación de la investigación científica en materias sanitarias llevada a cabo por las Universidades, o la propia terminología utilizada en la norma. Se trata de materias todas ellas de gran interés, pero respecto de las cuales se puede poner en cuestión si debían tener cabida preferente en mayor detalle en una Ley cuyo objetivo confeso principal era la constitución y organización de un “sistema” nacional de salud.

La composición y funciones del Consejo Interterritorial fueron también el objeto de diferentes enmiendas: en cuanto a las primeras, el diputado de EE Juan M^a Bandrés proponía que se evitase el potencial centralismo de este órgano mediante una composición no paritaria, en la que, junto a los 17 representantes de las CCAA, la representación de la AGE se redujera a 7 miembros. Desde un punto de vista estructural, CiU promovía la integración en el consejo consultivo del CISNS de representantes de las profesiones sanitarias. Y desde el punto de vista funcional, las enmiendas de CiU demandaban también que el órgano fuese considerado sólo como un órgano “de comunicación e información”, restando al mismo cualquier función ejecutiva o de gestión, siquiera en los términos mínimos, y luego no desarrollados, como se ha indicado, en los que en el texto se hacía referencia a las políticas de compras del SNS.

El hecho de que sólo Cataluña, con gobierno de CiU, además de Andalucía, tuviera traspasadas las competencias de asistencia sanitaria se reflejaba también en otras enmiendas de ese grupo, algunas de las cuales proponían que se fijase la igualdad de prestaciones entre los distintos servicios sanitarios excluyendo, sin embargo, de la misma condición de igualdad la de los distintos modelos de gestión posibles a adoptar. En la misma línea, este grupo proponía que se excluyera de entre las disposiciones dotadas de carácter “básico” a las referidas a la organización de los servicios sanitarios por cada servicio de salud.

La escasa representación a la izquierda del PSOE existente en aquella legislatura en el Congreso, constituida principalmente por los 4 representantes del PCE y el de EE (había también un diputado de Esquerra Republicana y 2 de Herri Batasuna) defendió de manera infructuosa la universalización efectiva y la gratuidad de la asistencia sanitaria pública y de las prestaciones, de manera que se eliminasen de entre las fuentes de financiación las tasas.

En cuanto a la financiación del sistema, además de las posiciones mencionadas hay que destacar una enmienda de la reducida representación de la UCD que, en congruencia con la caracterización del servicio sanitario como universal y abierto a todos, pretendía eliminar como fuente de financiación la aportación de la Seguridad Social, de manera que la financiación completa se llevase a cabo con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, de las CCAA y de las corporaciones locales en un plazo “razonable”. Y puesto que éste no podía ser inmediato, que se regulase la coexistencia necesaria de ambos sistemas hasta cumplir ese plazo mediante una

disposición transitoria, que permitiese a su vez excluir esa fuente como parte ordinaria de la financiación.

Por último, las enmiendas del grupo de la Coalición Popular se dirigían principalmente a la defensa de la integración de la medicina privada en la prestación del servicio público sanitario, reconociendo las insuficiencias de éste, de manera que, además, fuese posible la libre elección “*de médico, de hospital y de especialista*” sin restricciones, ni siquiera las territoriales, entre una y otra clase de sistemas por la totalidad de la población. Se proponía también la eliminación de cualquier clase de limitaciones a la prescripción de medicamentos con cargo al Sistema Nacional de Salud. Y que la financiación pasase a hacerse en plazo urgente con cargo a fuentes fiscales, eliminando el recurso a la Seguridad Social, complementando esos ingresos con copagos por niveles de renta.

Otro gran bloque de propuestas se dirigía a la supuesta defensa de los profesionales sanitarios, y a la restricción de la movilidad de éstos siquiera en el ámbito del área de salud, potenciando además su representación en el Sistema a través de los Colegios profesionales.

1.3) Una valoración global.

* El examen de las cifras de diputados presentes en la discusión de los sucesivos trámites de la Ley, que, salvo en las votaciones correspondientes a la Ley de medidas urgentes en materia de Salud Pública, apenas fueron superiores al 60% del conjunto de diputados elegidos al Congreso, y en algunas sesiones se situaron incluso por debajo de esta cifra, permite poner en cuestión el interés suscitado por el debate de la Ley en el conjunto de los grupos políticos presentes en la Cámara. Como en el caso de las expectativas suscitadas entre la población, si se tienen en cuenta esas cifras no parece que la aprobación de esta norma, ni sus repercusiones sobre la vida de la mayoría de la población, resultasen, por unas u otras razones, de interés prioritario para la mayoría de los grupos políticos.

Tampoco parece que pueda sostenerse, como se ha hecho, que la norma contase con el apoyo de la mayoría de los grupos parlamentarios, con la excepción del PP. De las cifras de votos favorables y contrarios emitidos en cada caso parece deducirse mas bien que la Ley contó tan solo con el apoyo decidido de la sustanciosa mayoría socialista existente en aquella legislatura, que se valió de la misma, sin necesidad de implicar siquiera en ello a todos sus diputados, para su aprobación, sin incluir en ésta la

aceptación de ninguna enmienda por parte de los diferentes grupos que ejercían de una u otra manera la oposición.

Que la norma se aprobase rozando el filo del final de la legislatura no resulta indicativo tampoco de que la “reforma” sanitaria que se pretendiese llevar a cabo con la Ley figurase entre las prioridades políticas de aquel Gobierno.

*Tampoco parece que esta cuestión figurase entre las prioridades de los restantes grupos políticos presentes en las Cámaras en aquel momento:

- A juzgar por las enmiendas presentadas al texto del Gobierno, el interés de los grupos nacionalistas parecía estar ante todo en que con la norma no se modificasen las condiciones en las que se encontraban previamente en relación con los servicios sanitarios.

Para el grupo de CiU, que había recibido ya años antes el traspaso de aquéllos en unas condiciones que, en vez de definirse previamente, se fueron adaptando sobre todo a la definición de sus propias interpretaciones e intereses, hasta llegar a constituirse en modelo y pauta a seguir para otros traspasos, el objetivo prioritario parecía ser que con la Ley no se diera ningún paso atrás en esa interpretación.

La insistencia por su parte en que no resultasen condicionadas sus facultades de autoorganización, insistencia no compartida, al menos en cuanto a grado, por otros partidos y grupos nacionalistas, hay que ponerla en relación con las características específicas de la distribución de la propiedad de los centros sanitarios en el territorio catalán: en apartados anteriores se ha puesto de manifiesto la reducida extensión de la red sanitaria de la Seguridad Social en aquel territorio, junto con la proliferación de centros de mediano tamaño pertenecientes a corporaciones locales y entidades sin ánimo de lucro, e incluso una concentración superior a la media de centros privados de cierto nivel de complejidad y más alta calidad, algunos de ellos especializados en ciertas patologías.

Desde el punto de vista de la cobertura sanitaria, también se daba ya entonces una extensión del aseguramiento privado muy superior a la de las restantes CCAA, incluida la de Madrid, vinculada en una parte importante a compañías de ámbito local.

Ese conjunto de condiciones se plasmó unos años después en la introducción en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña de 1990 de “nuevos modelos de gestión” en aquel territorio que, no condicionados en sentido restrictivo por el texto de la Ley General de Sanidad, se adaptaron a esas características peculiares. Con ello se dio paso a configurar lo que desde el propio Gobierno catalán, desempeñado hasta 2003 por CiU,

comenzó a presentarse ante otras CCAA, e incluso a difundirse hacia otros países, como un “sistema sanitario catalán” específico con ambiciones de convertirse en modelo.

En el caso del PNV la ausencia de un interés prioritario diferente a la aplicación al sistema sanitario de las ventajas económicas derivadas de su peculiar sistema de financiación se hizo de nuevo patente muy poco tiempo después: menos de un año después de la promulgación de la LGS se constituyó en el País Vasco el único gobierno de colación entre el PNV y el PSOE que ha existido hasta ahora, en el que si la Presidencia del Gobierno Vasco la cedió el Partido Socialista, que había obtenido mayor número de votos, al PNV, la Consejería de Sanidad la desempeñó el socialista José Manuel Freire.

Éste, un médico especialista en Neumología formado por el sistema MIR, en cuyo movimiento había tomado parte activa, había optado después por la profesionalización en administración sanitaria, entrando a formar parte del Cuerpo de Médicos Inspectores de la Seguridad Social. En años anteriores a su incorporación al Gobierno Vasco había formado parte de la Consejería de Salud andaluza bajo la dirección de Pablo Recio, al que se ha aludido como uno de los autores del programa del Partido Socialista en sanidad para las elecciones de 1982, luego separado de responsabilidades centrales en este ámbito.

Esas explicaciones sirven para situar las actuaciones de José Manuel Freire como Consejero de Sanidad del Gobierno Vasco, cargo que desempeñó hasta 1991, en el espectro de la izquierda sanitaria del Partido Socialista, que promovía transformaciones en profundidad del sistema sanitario acordes con la constitución de un Servicio Nacional de Salud.

En su mandato, como se indica en el cuadro 1 y se explica en el apartado siguiente, se realizó el traspaso de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social al País Vasco en el mismo año de 1987, proceso en el que se consolidó el sistema específico de la financiación sanitaria vasca acorde con su sistema de financiación general. Pero además de ese traspaso, en el que intervinieron, como ha ocurrido sistemáticamente en los restantes procesos de traspaso, otras Consejerías de cada gobierno autonómico, en especial las de Hacienda, tuvieron lugar otras medidas de contenido inequívocamente sanitario en la línea indicada:

- En ese período se promovieron las primeras normas sobre universalización de la asistencia sanitaria y emisión de la tarjeta sanitaria individual de todo el Estado español, previas a la adopción de medidas en la misma línea pero de

alcance mucho más restringido adoptadas después por el Ministerio de Sanidad¹³⁰.

- Además de otras actuaciones en el ámbito de la Salud Pública¹³¹, se constituyó y organizó el Servicio Vasco de Salud sobre la base fundamental de la red sanitaria de la Seguridad Social, allí sí bien desarrollada.

- En el ámbito la organización del Servicio Vasco de Salud se incluyó el derecho a la libre elección de médico general en el ámbito del área de salud, una posibilidad existente en todos los servicios de salud de otros países. Pese a lo cual fue medida criticada desde fuera del ámbito vasco por una parte de los promotores de la reforma de la atención primaria llevada promovida en 1984 a nivel central.

Ninguna de esas medidas fue puesta en cuestión por el PNV, que formaba parte del mismo Gobierno, una situación semejante a lo que ocurrió con la creación de la red de *ikastolas* (red de escuelas que impartían íntegramente la enseñanza en euskera) por el consejero de Educación socialista de aquel gobierno José Ramón Recalde. Tal ausencia de crítica en ambos casos pone en evidencia la ausencia de alternativas, o la coincidencia global de éstas, por parte del PNV en los terrenos respectivos, en los que la sustitución de los consejeros socialistas por otros nacionalistas en gobiernos sucesivos no supuso en ninguno de los dos casos la puesta en cuestión de las medidas y formas de organización adoptadas por sus predecesores.

De las enmiendas y actitudes de los partidos nacionalistas en relación con la LGS cabe deducir, por todo ello, que conseguidos unos mínimos de respeto para con sus propios intereses prioritarios, lo que se produjo realmente fue una ausencia de beligerancia por su parte para con el texto de la Ley. Una actitud que, de otro lado, cabría valorar hasta qué punto no se sustentó en las propias indefiniciones del texto, determinantes de la necesidad de un amplio desarrollo posterior; un terreno que, a falta de actitudes firmes por parte del Gobierno socialista, que en apartados anteriores se ha demostrado ya que no existieron, cabía esperar que fuera susceptible de un amplio margen de influencia por parte de los propios partidos nacionalistas, necesarios para la acción general del Gobierno central, como así ocurrió.

¹³⁰ Como se ha indicado en apartados anteriores, el Real Decreto 1088/1989 incluyó a la población de los “cupos” de beneficencia de las Corporaciones locales en el régimen general de asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

¹³¹ La más destacada fue la extensión de la cobertura de la atención bucodental a la población infantil, medida imitada años después por otras CCAA.

-Por su parte, lo más llamativo de las posturas mantenidas por la Coalición Popular ante la LGS es la coincidencia de sus planteamientos, ampliamente rechazados en aquel momento, sobre ampliación de la participación de la medicina privada, entonces escasamente desarrollada en España, en la prestación del servicio público, y sobre libertad de elección (“de médico, de hospital y de especialista”) sin restricción., con las reformas que se han ido introduciendo en el sistema sanitario años después.

En apartados posteriores se analiza la coincidencia de hecho que se ha ido produciendo entre los planteamientos respecto a estas cuestiones por parte del Partido Socialista con los expresados ya entonces por el Grupo Popular en el Congreso. Este movimiento se ha producido en el sentido del acercamiento de las posturas del primero a las del segundo, y no a la inversa. Cabe, por ello, preguntarse si la ausencia de disposiciones más expresas respecto a esas cuestiones en la LGS fue sólo una consecuencia de la ignorancia de los movimientos que, como se ha apuntado en otros apartados anteriores, ya se estaban produciendo en otros países cercanos en esa línea o si, por el contrario, esa falta de definición fue el resultado de una “inhibición deliberada” por parte de algunos sectores del propio Partido Socialista, que, por criterios políticos o razones territoriales, pudieran mantener ya por entonces posiciones favorables a una organización más “liberal” de la organización de los servicios públicos.

Al margen de esa especulación, en todo caso de difícil comprobación, lo que sí se puede afirmar es que la ausencia de límites más expresos en la LGS para la intervención privada en la prestación del servicio público sanitario¹³² allanó de hecho el camino a que se produjera una evolución en el sentido indicado, y con escaso control.

c.2) Las posiciones de otros grupos y personas ante la LGS.

2.1) La FADSP

La primera de las posiciones que se recogen en este apartado corresponden a las expresadas por la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) con respecto al texto del Gobierno con motivo de la remisión por éste del Proyecto al Parlamento, lo que tuvo lugar en Abril de 1985.

En aquel momento la FADSP, a la que se ha calificado antes como representativa de las posiciones de la “izquierda sanitaria” pese a su reducido nivel de

¹³² Podría considerarse que esos límites se concretaron de una manera más explícita en la Ley 15/1997, ya bajo un Gobierno del Partido Popular. De esta Ley se hace un análisis más amplio en el apartado II.8.a.1.3) posterior.

afiliación, que ya había efectuado una primera valoración del anteproyecto (FADSP, 1984), hizo público un informe (FADSP, 1985) de 11 folios distribuidos en otros doce apartados¹³³. Los títulos de éstos, que se pueden ver en la nota anterior, resultan por sí mismos ilustrativos de las preocupaciones principales que suscitaba en Proyecto remitido por el Gobierno en estos sectores.

Esas mismas preocupaciones se resumían en el apartado de Conclusiones en los términos que se reproducen en el cuadro siguiente.

Cuadro 12. Posiciones de la FADSP frente al proyecto de Ley General de Sanidad en 1985.

“ 1. El Proyecto de Ley General de Sanidad presentado por el Gobierno no responde ni a las expectativas que había abierto el programa electoral del PSOE , ni a las resoluciones en materia sanitaria del último congreso de este partido. Este proyecto carece de respuestas a los graves problemas sanitarios que tiene planteado nuestro país, y supone en lo fundamental un articulado continuista que, además, no logra una nítida definición del modelo sanitario a implantar en el Estado español.

2.El objetivo de un SERVICIO NACIONAL DE SALUD no está resuelto en este Proyecto, en tanto en cuanto no asegura la necesaria UNIVERSALIZACIÓN de las prestaciones del SNS, ni la GRATUIDAD de la atención sanitaria, y además se establecen mecanismos de los que puede derivarse una discriminación por motivos económicos en el acceso de los ciudadanos al dispositivo sanitario. Para solventar estos problemas es preciso que la financiación del SNS se realice a partir de los Presupuestos de las Administraciones Públicas.

3. La descentralización del modelo sanitario y la regionalización del mismo tampoco se han solucionado, ya que las Comunidades Autónomas que no tengan competencias sobre Seguridad Social no van a tener transferencias del INSALUD, con lo que además se perpetuar la actual situación de varias redes sanitarias públicas en estas CCAA..

¹³³ Los apartados son los siguientes: Introducción; Universalización; Gratuidad de la Atención Sanitaria; El Sistema Nacional de Salud y las competencias de las CCAA; Libre elección de médico; Las competencias atribuidas a los Colegios Profesionales; Participación de la comunidad en el Proyecto de Ley General de Sanidad; La capacidad de la Administración Sanitaria de limitar los derechos individuales; Competencias de las entidades sanitarias públicas y privadas; Otras cuestiones a señalar (el personal sanitario; el Plan Integrado de Salud); Consideraciones finales y conclusiones; Enmiendas que se proponen al articulado.

4. *La manera en que se contempla la libre elección de médico está también en contradicción con los objetivos que se persiguen de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como con el concepto integral e integrado de la atención sanitaria. Es preciso que se circunscriba la libre elección en Atención Primaria a la Zona Básica y que se utilicen fórmulas que no rompan con la planificación y organización de los equipos de atención especializada a este nivel.*

5. *Deben desaparecer las competencias que este Proyecto atribuye a los Colegios Profesionales, que suponen el dar un respaldo legal a la existencia de una legislación paralela y a veces opuesta a la legislación aprobada por el Parlamento (los códigos deontológicos).*

6. *Faltan mecanismos que permitan una correcta representación de los usuarios y los profesionales sanitarios del SNS. Habría que arbitrar fórmulas para que trabajadores y usuarios tuviesen capacidad real de control en el mismo.*

7. *No existen suficientes garantías del respeto de los derechos individuales de los ciudadanos frente a la intervención de las autoridades sanitarias. Deberían formularse mecanismos de control judicial en este terreno.*

8. *No está claramente delimitada la Sanidad Pública de la medicina privada. Debería desaparecer la figura de los “hospitales privados integrados en la red sanitaria pública” y la posibilidad de que ciudadanos con derecho a prestaciones del SNS pudiesen ser atendidos como privados por el mismo.*

9. *Pensamos que la modificación de estos puntos podría conseguir una Ley aceptable que respondiese a las necesidades de profesionales y usuarios de una profunda Reforma Sanitaria en nuestro país.”*

Algunos de los párrafos de las conclusiones citadas, como los referidos al “concepto integral e integrado de la atención sanitaria”, resultan representativos de los criterios existentes en aquella época acerca de la protección de la salud y los servicios sanitarios por parte de quienes apoyaban la reforma sanitaria con más fuerza; criterios sobre los que se han hecho ya distintos comentarios en apartados anteriores.

Por otra parte, en otros apartados del documento citado, lo mismo que en el apartado 5 del texto del mismo, se apuntaba como causa importante de varios de los problemas señalados la influencia negativa ejercida por las posiciones de la Organización Médica Colegial. Esta valoración coincide con la expresada años después por el Ministro Ernest Lluch, sobre la que se han hecho otros comentarios en el apartado

II.5.a.1), poniendo en duda la realidad de esa influencia como determinante en la configuración y el desarrollo de la Ley, y su utilización más bien como excusa para justificar las limitaciones del proyecto presentado y aprobado más tarde.

En el caso de la FADSP y de los sectores profesionales más afines a ella, aunque no formaran parte de la misma como afiliados, hay que tener en cuenta la especial situación en la que se encontraban esos grupos: como se señala en el punto 9 de las conclusiones del documento, esos sectores constituían probablemente el grupo de apoyo más importante al desarrollo de una Ley “*que respondiese a las necesidades de profesionales y usuarios*”, lo que coincide con otros análisis realizados en apartados previos de este trabajo. De ese grupo formaban parte principal quienes se habían mantenido desarrollando su trabajo en el ámbito clínico, sin pasar a desempeñar puestos de responsabilidad de una u otra naturaleza con el Gobierno socialista. Como consecuencia, el horizonte de progreso profesional para estos grupos se encontraba en el ámbito clínico, donde las posiciones de poder las detentaban quienes, en muchos casos, unían esa situación en el terreno del ejercicio profesional público y privado a la utilización de los mecanismos complementarios que les proporcionaba la representación corporativa de la profesión, ejercida a través de los Colegios.

Por otra parte, ante el fracaso estrepitoso de las otras opciones de izquierda, singularmente del PCE, en las elecciones generales previas, que no fue una situación reversible ni puntual, no cabía prever el desarrollo de una norma de esas características si no procedía del Gobierno del PSOE.

Todo ello contribuye a entender las posiciones puestas de manifiesto por la FADSP, en la que coincidían el apoyo al Gobierno socialista (la Federación desempeñó un papel decidido de apoyo al Gobierno en diferentes conflictos que tuvieron lugar en aquellos años), con la crítica al mismo por la limitación de las reformas (crítica en muchos casos coincidente en sus términos con la de otras entidades, personas y grupos del ámbito del “centro-izquierda”, a las que se alude a continuación), y una demanda expresa de la puesta en cuestión de la organización corporativa de los médicos, como no representativa de la profesión¹³⁴.

¹³⁴ La FADSP mantuvo durante varios años una dura pugna legal por la consecución de la libertad de colegiación, que finalmente resolvió el Tribunal Supremo en sentido contrario a las demandas de la Federación. Sobre esta cuestión se puede ver Hernández Yáñez (2007).

Merece la pena reseñar, por último, también el criterio expresado en las Consideraciones del documento, poco antes de las Conclusiones citadas, respecto a la financiación de las reformas. El texto es el siguiente:

“Hay, sin embargo, un tema, el de la financiación, que pone en entredicho la propia voluntad política del Gobierno de abordar consecuentemente la Reforma Sanitaria en nuestro país. Cualquier proceso de cambio sanitario en profundidad, como el que necesita la realidad española, precisa de unas cuantiosas inversiones iniciales, que pueden escalonarse en el tiempo, y que sin duda se rentabilizarán a largo plazo. Puede asegurarse que sin un incremento de la inversión es imposible una Reforma Sanitaria, y este hecho parece que se quiere olvidar por los responsables del Gobierno, que han de optar entre mantener la situación actual en líneas generales (con ligeras mejoras que siempre son posibles racionalizando el gasto y mejorando la gestión) o responder a sus compromisos con la población en materia de Salud”.

Estas expresiones parecen traducir de forma directa y sin ambages que las políticas de restricción del gasto sanitario adoptadas por el mismo primer Gobierno socialista que desarrolló la Ley, a las que se ha aludido en apartados anteriores, eran claramente percibidas por quienes, trabajando en el ámbito clínico, estaban decididamente a favor de reformas en profundidad del sistema sanitario. Y que esta situación contribuyó también a provocar en estos sectores las posiciones y sentimientos contradictorios en relación con la Ley a los que se ha hecho referencia más arriba.

2.2) El diario El País.

El segundo grupo de opiniones sobre la Ley General de Sanidad que se recoge son las editoriales dedicadas a la misma por el diario El País. En los momentos cercanos al debate de la Ley, la posición de este periódico, nacido en 1976, representaba probablemente todavía la de ciertos sectores de población urbana profesional de “centro-izquierda” favorables globalmente a la reforma política en España, no sólo votantes del PSOE, sino también de la UCD, que constituían la amplia base de lectores que le hizo constituirse en breve plazo en el diario de mayor difusión.

De esa caracterización no cabe deducir que necesariamente se derivase una posición homogénea respecto a los servicios sanitarios. Globalmente es verosímil, sin embargo que, con independencia de los mecanismos a los que se recurriera en cada

caso para obtener la atención sanitaria deseada¹³⁵, estos sectores tuvieran una posición favorable, guiada por criterios políticos, al establecimiento de la protección sanitaria como derecho universal, como un elemento más de homologación con lo que ocurría en otros países de nuestro entorno.

El citado periódico dedicó dos editoriales a la Ley General de Sanidad, uno el 9 de Abril de 1985 con motivo de la remisión del proyecto al Congreso, y otro tras la aprobación final del texto en el Parlamento, el 31 de marzo de 1986.

Los títulos que encabezaban ambos editoriales son expresivos por sí mismos de los criterios mantenidos en relación con la Ley. El primero de ellos se titulaba "Un cambio frustrado" (El País, editorial, 1985), y el segundo "Un fracaso del Gobierno" (El País, editorial, 1986).

Del contenido del primero de esos textos se extraen frases que justifican el titular como las siguientes:

“ El Proyecto de Ley de Sanidad pretende modernizar la asistencia médica de los españoles...Las reacciones suscitadas por el proyecto- precedido de 14 borradores, dos años de discusiones, una huelga rotativa de médicos y dimisiones tan significativas como la del Subsecretario de Sanidad, Pedro Sabando- arrojan la conclusión de que el pasteleo no ha satisfecho finalmente a nadie. La derecha conservadora y las organizaciones corporativistas, representadas por Ramiro Rivera y las asociaciones de médicos, protestan por el recorte –mínimo- de sus privilegios. Los sectores renovadores de la profesión médica y los sindicatos de clase echan en falta una auténtica universalización de la sanidad.

La brecha existente entre los objetivos apuntados por el programa electoral del PSOE en materia de sanidad y las exigencias de las organizaciones corporativas eran demasiado amplias como para permitir un acuerdo que diera satisfacción a todos.

¹³⁵En muchos casos mediante un acceso facilitado a los servicios públicos, a través de formas de protección específicas al margen del sistema general de protección de la Seguridad Social, como los regímenes específicos de funcionarios, las empresas colaboradoras de la Seguridad Social, u otras formas de protección a las que se ha hecho alusión anteriormente. En otros casos mediante el mejor uso de las condiciones de acceso al propio régimen general que caracteriza a la población con mayor nivel de conocimientos en cualquier sistema sanitario universal a pesar de la teórica igualación de derechos planteada al menos como aspiración. Sobre la dificultad de igualar esa situación, que está en relación con los criterios determinantes del acceso a los servicios sanitarios a los que he hecho alusión en el apartado II.5.b.2.3), dificultad que persiste incluso tras la constitución de servicios públicos y universales de salud, se puede ver Watt (2002). En el artículo se hace una revisión de la constitución del NHS británico veinte años después de la formulación de la “ley del cuidado inverso”, según la cual “la disponibilidad de una buena atención sanitaria varía de manera inversa a su necesidad por parte de la población atendida”, que se supone mayor por parte de la población de menores recursos y nivel educativo inferior. Esta conocida “ley” fue enunciada por Julian Tudor Hart en 1971 (Tudor Hart, 1971). Sobre las dificultades de lograr ese objetivo en servicios concretos se puede ver, por ejemplo, Langham (2003).

Obligado a elegir entre opciones contrapuestas, el Gobierno ha preferido apostar por la situación actual. ...Al igual que en otros sectores de nuestra vida pública, las concesiones hechas por el Gobierno socialista, incumpliendo su programa electoral, han servido para envalentonar a sus adversarios e incitarles a elevar el techo de sus exigencias. En este caso el resultado ha sido una Ley difusa. Y aunque Alianza Popular califique el proyecto de estatizador, las centrales sindicales y los profesionales partidarios de un nuevo modelo de sanidad no aciertan a descubrir en su texto los signos de un cambio real.

El anteproyecto incluye algunos tímidos avances no obstante. En el terreno de los principios, aparece por vez primera la preocupación por un concepto de salud más fundamentado en la medicina preventiva, la calidad del medio vital y la asistencia primaria.Aunque con prudencia, el proyecto apunta también hacia la unificación de las actuales redes sanitarias del sector público...

El anteproyecto deja las cosas prácticamente como están en lo que se refiere a la universalización de la asistencia de la sanidad pública. Establece tres clases de beneficiarios. ...Lluch justifica el establecimiento de estas tres clases por los altos costes que tendría un sistema totalmente gratuito y con cargo a los Presupuestos Generales del Estado. El déficit público impediría que la Administración asumiera ese gasto. En cualquier caso la discusión sobre el coste de la Ley General de Sanidad, que necesitará 105.000 millones de pesetas para empezar a funcionar de acuerdo con su actual articulado, no puede ser desvinculado del programa electoral del PSOE ni separado de las prioridades elegidas por el Gobierno en la asignación de los recursos presupuestarios...

Los ciudadanos que tienen que soportar una asistencia pública masificada y deshumanizada se preguntan con razón si la futura Ley de Ernest Lluch ayudará a mejorar la precaria atención sanitaria que- nunca mejor dicho- padecen. Por lo pronto verán alejarse, una vez más, la oportunidad de que la Seguridad Social cubra, al menos en parte, la cuenta del dentista, verdadera sangría para el bolsillo de los cotizantes a la Seguridad Social. La promesa de asistencia integral a la salud, realizada en la exposición de motivos de la ley, no produce sino perplejidad y desánimo... ”.

Por su parte, el segundo de los editoriales citados abundó en los mismos criterios en cuanto al valor de la Ley y en las razones de esa valoración en los siguientes términos:

“ La Ley General de Sanidad, que ha sido aprobada por las Cortes cuando la legislatura toca a su fin, significa la pérdida de una oportunidad histórica para realizar una profunda reforma sanitaria en un país en el que todavía algunos hospitales públicos pueden ser calificados como fábricas de dolor. Varias parecen ser las claves que laten tras este fracaso: por un lado, la falta de interés del propio Gobierno en materia sanitaria, que ha hecho que ésta no figure entre las prioridades políticas y, por tanto, presupuestarias de esta legislatura; por otro, la falta de decisión del Ministerio de Sanidad y Consumo para enfrentarse a los poderes fácticos del corporativismo sanitario y, muy especialmente, con la Organización Médica Colegial, lo que le ha hecho realizar continuas concesiones que han desvirtuado muchos de los aspectos positivos del proyecto inicial.

*El principal defecto de esta ley es posiblemente que no clarifica el modelo sanitario de que se quiere dotar a nuestro país y que, recogiendo cuestiones y matices de uno y otro, diseña un sistema lleno de contradicciones y de disfunciones, de manera que puede decirse que el resultante va a estar aquejado de todos los problemas de los dos modelos que lo ha inspirado (el *se Servicio Nacional de Salud* y el liberalizado)...*

El establecimiento de “tasas por la prestación de determinados servicios” abre la posibilidad de que éstas se regulen para prestaciones ahora gratuitas y, por tanto, se cree una posible discriminación de acceso a las atenciones en razón de las posibilidades económicas de los ciudadanos. No se entiende en todo caso cómo no se ha asegurado la universalización del sistema. Finalidad a la que han ido dirigidas de hecho todas las leyes de los servicios nacionales de salud europeos, desde la del Reino Unido en 1956, hasta las más recientes de Italia y Grecia...

Un hecho indudablemente positivo es que aquellas comunidades autónomas con competencias sobre la Seguridad Social y dotadas de una amplia capacidad normativa podrán profundizar la reforma sanitaria. El riesgo aquí será, no obstante, la generación de diferencias y de gastos incontrolados, que acentuarían más las desigualdades en materia de salud que ya existen entre las distintas zonas de España”.

2.3) Al gunas personas próximas a la extinta UCD.

Se recogen a continuación las opiniones del economista Enrique Costas Lombardía , publicadas en el diario El País los días 19 y 20 de septiembre de 2005, bajo el título “La Ley General de Sanidad, una reforma a la inversa” (Costas, 1985 a y b).

Enrique Costas fue algunos años después el vicepresidente de la Comisión para el análisis de la reforma sanitaria presidida por el que fue vicepresidente del Gobierno con la UCD mientras fue presidente del Gobierno Adolfo Suárez Fernando Abril Martorell, que prestó su nombre a la Comisión. De esa Comisión, creada a instancias del ministro de Sanidad Julián García Vargas, se habla más adelante. En todo caso las opiniones de Enrique Costas se movían en esa órbita “centrista” que quedó en la práctica excluida de la política activa, pero que tuvo gran importancia en la transición española, y pueden considerarse representativas de ella. Este grupo cerraría por la derecha, excluyendo de ese ámbito a los sectores representados por la entonces constituida como Alianza Popular, el “núcleo duro” de la Coalición Popular de aquella legislatura, el territorio de quienes en mayor o menor grado, y más por razones de ideas que de intereses, vinculaban la instauración de la democracia en España con la universalización de la protección sanitaria, y con la utilización para ello de una u otra forma de servicio público universal de salud.

Como en el caso de las editoriales antes citadas, el encabezamiento de las reflexiones de Enrique Costas resultaba bastante expresivo de la línea de éstas. La “inversión” del sentido que debería tener la reforma la cifraba en los siguientes aspectos:

-en primer lugar, el mantenimiento del mismo sistema “regresivo” de financiación (cuotas de trabajadores y empresarios) de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.: *“Se reproducirá, por tanto, en el venidero Sistema Nacional de salud la paradójica situación que hoy se observa en la Seguridad Social: una asistencia médica sostenida en una pequeña parte por aquellos afiliados y sus familiares que han renunciado de forma tácita a hacer uso de ella. Más de cuatro millones de asegurados-cotizantes y sus beneficiarios de la Seguridad Social pagan a la vez voluntariamente una póliza de seguro de enfermedad a entidades privadas, que son a las que solicitan asistencia...Si un día, atraída por una medicina pública de suficiente calidad, la mayoría de esas personas...decidiese rescindir sus pólizas privadas y ejercer su derechos en el Sistema Nacional de salud, la asistencia médica y la economía de éste se quebrarían...Así pues, la viabilidad del Sistema Nacional de Salud va a depender en buen grado, chocantemente, de que no atraiga a esas personas voluntariamente alejadas de él; es decir, va a depender de que la sanidad pública de mañana sea como la de hoy: desatenta con el enfermo, hospitalocentrista, con consultas ambulatorias express, con listas de espera de años, etc. El mecanismo de financiación establecido*

*por el proyecto de ley supedita la propia existencia del Sistema Nacional de Salud a que **no** se reforme la sanidad pública, a que no se mejore...”*

-el segundo motivo de “inversión” de la reforma la consideraba la nula voluntad expresada en la Ley de combatir las desigualdades sociales y territoriales en relación con la salud y los servicios sanitarios. El proyecto, decía, *“no establece medidas específicas de lucha contra las desigualdades sanitarias...se limita, en el artículo 11, a proclamar sin entusiasmo unas buenas intenciones genéricas (“los poderes públicos orientarán su política de inversiones en orden (sic) a eliminar las desigualdades sanitarias con el fin de garantizar la igualdad de acceso...”)...Por otra parte, decreta un método de financiación adverso a la equidad asistencial...”*.

-el tercer motivo aducido era el “escamoteo” de la participación ciudadana, *“vivamente recomendada por los organismos internacionales y exigida por los usos democráticos”*, y su sustitución por representantes de las corporaciones locales y, a través de ellas, de los partidos políticos.

-en cuarto lugar, Enrique Costas aducía que la falta de compromisos y plazos de aplicación concretos para adecuar el ritmo de aplicación de la reforma a las disponibilidades presupuestarias (para la universalización de la atención; para otorgar de manera gratuita las prestaciones) suponía que *“no fija para el Gobierno obligación alguna que asegure el futuro de la ley: ni una fecha, ni una cifra de asignación presupuestaria anual, ni mucho menos- en contra de lo que en la exposición de motivos se afirma- un programa de” aplicación paulatina”...El proyecto de ley general de Sanidad representa una desconocida, abusiva e intolerable forma de legislar;: promulgar doradas promesas sin que nunca puedan ser exigidas”*.

-El artículo concluía indicando *“otras muchas graves deficiencias”* como la imposibilidad de avanzar en la reforma de la asistencia psiquiátrica sin disponer de fondos presupuestarios específicos para ello; el recorte *“radical”* de las competencias sanitarias de las CCAA; la desconsideración de la actitud del médico, *“decisiva para la deficiente asignación de los recursos sanitarios”*, o la omisión de importantes derechos del enfermo.

La suma de esos factores negativos llevaba al autor a concluir que se trataba de *“un proyecto de ley que conduce a una “reforma a la inversa”*.

Con independencia de la coincidencia en las razones de crítica para con la Ley entre las posiciones citadas, los testimonios anteriores resultan suficientemente significativos de que la afirmación del amplio grado de apoyo con que contó aquélla puede ponerse en cuestión con fundamento.

La imagen que se deriva del panorama sustentado en esas posiciones y en los análisis previos del apoyo parlamentario a la Ley hechos antes apuntan más bien a un apoyo a la norma casi exclusivo por parte del propio Partido Socialista; que aún dentro de éste quedaron marginadas también las posiciones más favorables a una reforma sanitaria en profundidad orientada a la constitución de un servicio nacional de salud como forma de hacer efectivo el derecho universal a la protección de la salud; y que todo ello dio como resultado un escaso grado de prioridad política del desarrollo de la reforma sanitaria y, como consecuencia, un texto legal que tenía en su imprecisión y la falta de concreción de sus plazos de ejecución algunos de sus peores defectos.

Por su parte, el resto de las posiciones citadas es también sugestivo de que una reforma sanitaria en los términos que se han descrito no figuraba tampoco entre las prioridades de los distintos actores políticos con posibilidades de gobierno en distintos ámbitos. Y que la aprobación de la ley, que pasó desapercibida para la mayoría de la población por las razones que se han apuntado, no mereció tampoco un grado mayor de contestación por parte de otros grupos políticos. La razón para ello es que la Ley, por sus propias ambigüedades y falta de concreción, no suponía poner en peligro los objetivos prioritarios de cada uno en relación con la propia ley, que hubieran podido ser puestos en cuestión por un texto legal de características diferentes.

II.6) LA EVOLUCIÓN DE LA SANIDAD CON GOBIERNOS SOCIALISTAS DESPUES DE LA LEY GENERAL DE SANIDAD (1986-1996).

a) Una panorámica general del período.

Poco después de la aprobación de la Ley General de Sanidad en Abril de 1986 se celebraron nuevas elecciones generales, que dieron otra vez el triunfo al Partido Socialista con una mayoría absoluta menos mayoritaria que la que había logrado de manera abrumadora en 1982.

La constitución del Gobierno dio lugar al recambio de titulares en numerosas carteras, entre las que se incluyó la de Sanidad y Consumo, denominación que no ha cambiado desde 1982, aunque sí lo haya hecho su organización interna.

Desde el punto de vista sanitario, y dado el escaso plazo transcurrido desde la aprobación de la Ley, la tarea del nuevo Gobierno se veía de antemano abocada al desarrollo y aplicación de la propia Ley.

Por otra parte, en los ambientes sanitarios, y pese a los criterios expresados por sus críticos, a los que se ha aludido al final del apartado anterior, dominaba el criterio de que la Ley definía un “nuevo modelo sanitario”, que se consideraba suficientemente delimitado en sus perfiles. La valoración añadida desde las filas sanitarias del propio Partido Socialista era que ese modelo respondía a las características de un “modelo socialista” de la salud y los servicios sanitarios.

Los criterios generales del mismo Partido respecto a la sanidad no parecían, sin embargo, haber variado mucho respecto al período de gobierno anterior, en el que ya se ha indicado que el criterio predominante de quien ejerció la responsabilidad del gobierno en este sector fue ante todo el de establecer el control del incremento del gasto sanitario.

La consecuencia de ese conjunto de valoraciones por parte de diferentes actores, respondieran o no a la realidad, fue doble: siguiendo una pauta que no se ha roto en el seno del Partido Socialista en su primer largo período de gobierno en democracia, ni tampoco en el segundo período iniciado en 2004, el nombramiento del titular del Departamento sanitario recayó otra vez en una persona, Julián García Vargas, carente de criterios sanitarios conocidos previamente y por completo externo al sector, que en este caso disponía de nuevo de formación y experiencia en los ámbitos económicos de la Administración. A su vez, el cargo de segundo nivel, la Subsecretaría del Departamento, recayó en un sanitario, José Luis Fernández Noriega, fallecido en un trágico accidente recientemente, afín al conocido como sector “guerrista” del Partido, sector del que el

carácter más definitorio se ha considerado en general que era la fidelidad personal a los miembros afines del Partido y a la estructura jerárquica de éste, por entonces encabezada por quien daba nombre a la fracción¹³⁶.

Como consecuencia de esos nombramientos, el desarrollo de la Ley y su aplicación más inmediata quedaron al arbitrio principalmente de quienes desde el segundo nivel de autoridad sanitaria definían el criterio del Partido y la interpretación de la Ley, que tenían además también capacidad para designar a quienes debieran llevar a cabo su aplicación. Interpretación y designaciones que debían resultar acordes con el criterio principal mantenido desde el Gobierno del control del incremento del gasto sanitario como prioridad superior, de cuyo mantenimiento se hacía responsable principal al titular del Departamento sanitario, subordinado a estos efectos a los responsables del área económica del Gobierno.

El plazo de ejercicio de las responsabilidades sanitarias de la manera indicada acabó en 1991, tras las elecciones celebradas en Octubre de 1989, que dieron una nueva mayoría absoluta, aunque más restringida aún (175 diputados), al Partido Socialista.

Tras esas elecciones, la cartera de Sanidad y Consumo la pasó a desempeñar de nuevo un economista ajeno al sector sanitario, Julián García Valverde, quien, siendo hasta entonces Presidente de RENFE, ámbito en el que había obtenido el sonoro éxito de la puesta en marcha del AVE a Sevilla, se hizo acompañar de un equipo de personas que habían colaborado de una u otra manera con él en esas responsabilidades previas, o eran afines a su gestión. El equipo se completó con un grupo de sanitarios que, sin embargo, no llegaron a desempeñar los niveles de responsabilidad más altos en la gestión de la asistencia sanitaria, pero sí, quizás de manera compensadora, en el ámbito de la Salud Pública (ámbito en el que, sin embargo, la responsabilidad de más alto nivel se ejerció por un médico procedente del ámbito asistencial, Francisco Ortega, que había tenido experiencia previa en la gestión del INSALUD a nivel provincial, pero no en este campo).

La trayectoria de este equipo fue corta, porque pocos meses después de haber iniciado su gestión el ministro García Valverde presentó su dimisión ante las acusaciones de que fue objeto como consecuencia de unas supuestas irregularidades sin

¹³⁶ La frase con la que se han popularizado esas características, que por otra parte se han reproducido de una u otra manera en otros partidos, es bien expresiva de los criterios políticos manejados por este sector partidario no constituido de manera formal, pero no por eso menos real. Esa frase, atribuida a Alfonso Guerra, por entonces Vicesecretario General del Partido Socialista, advertía de que *“el que se mueve no sale en la foto”*.

lucro personal ni partidario alguno cometidas en la venta de unos terrenos propios de la empresa pública ferroviaria, a la que había beneficiado con su gestión. De esas y otras acusaciones (ejercidas por el Partido Popular) relativas a la compra de los trenes del AVE fue exculpado por completo diecisiete años después, lo que no impidió que se interrumpieran por completo las iniciativas que en la línea de la “gestión” de los servicios de salud trató de iniciar.

Como consecuencia de la dimisión del Ministro fue necesario proceder a su sustitución en los primeros meses de 1992, lo que se resolvió en poco tiempo, designando para ejercer la responsabilidad a José Antonio Griñán, un Inspector de Trabajo que venía desempeñando la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía desde unos años antes, y cuya experiencia como tal le hacía al menos conocedor del sector.

El nuevo Ministro procedió a la sustitución de la parte de los responsables sanitarios no procedentes del propio sector más afín al Ministro anterior, modificando parcialmente la estructura del Departamento. A la cabeza de la gestión de la asistencia sanitaria colocó al poco tiempo a otro funcionario ajeno al sector, pero bien situado entre los ambientes políticos del Partido Socialista en Andalucía, Santiago Mendioroz. Y en el ámbito de la Salud Pública, e la que se incluyó la gestión de los recursos humanos del sistema sanitario, a otro Inspector de Trabajo, Marcos Peña, en la actualidad Presidente del Consejo Económico y Social.

Tras las elecciones de 1993, que supusieron la pérdida de la mayoría absoluta por parte del PSOE y la necesidad de recurrir al apoyo de los partidos nacionalistas para lograr de nuevo la investidura de Felipe González como Presidente del Gobierno, José Antonio Griñán pasó a desempeñar la cartera de Trabajo y Seguridad Social.

En la cartera de Sanidad pasó a ser sustituido por M^a Ángeles Amador, hasta entonces Subsecretaria del Departamento de Sanidad desde que fue nombrada para tal cargo por el ministro García Valverde, que había continuado en su puesto con José Antonio Griñán. Abogada en cuanto a la titulación, fuera de esa experiencia previa en el Ministerio de Sanidad sus intereses se centraban en el ámbito del derecho mercantil, al que se reintegró al cabo de unos años después de su cese, tras un período en el que se mantuvo como diputada por Madrid, en cuyas listas llegó a ocupar el número dos por esta circunscripción en las elecciones de 1996, en las que ganó por primera vez el PP. En su experiencia administrativa contaba también con el paso por la Secretaría General Técnica del Ministerio de Obras Públicas, puesto en el que había colaborado en la elaboración de la Ley de Costas.

La ministra Amador se rodeó en los niveles más altos de un equipo de sanitarios procedentes, sin embargo, en su mayoría del ámbito asistencial: José Conde, un nefrólogo que había desempeñado previamente la Dirección General del INSALUD durante los mandatos de Julián García Valverde y José Antonio Griñán en una época en la que esa Dirección General estaba privada de la mayoría de las responsabilidades ejecutivas del Instituto, entre ellas de manera más destacada las económicas, pasó a ser inicialmente el Subsecretario del nuevo Ministerio. Por su parte, José Luis Temes, un nefrólogo que había ejercido previamente como Gerente del Hospital Valdecilla en Santander, y posteriormente de la Clínica de la Concepción¹³⁷, una entidad privada de constitución peculiar a cuyas características se alude en la nota anterior, pasó a desempeñar la Dirección general del INSALUD, y un tiempo después la Subsecretaría del Departamento. Con esta última configuración se mantuvo el equipo ministerial hasta la pérdida de las elecciones por parte del PSOE en 1996.

¹³⁷ Se trata de una entidad privada de naturaleza jurídica peculiar, puesto que está construida sobre terrenos propiedad de la Universidad Complutense, pero concertada para la docencia con la Universidad Autónoma de Madrid, y para cuyo mantenimiento se estableció desde los años 70 una relación de concierto específico con el Instituto Nacional de la Salud. Este concierto le permitía mantener una parte de camas para la atención de pacientes privados, cuya facturación realizaban de manera directa los médicos de la Clínica, haciendo aportaciones de una fracción de lo percibido a la propia Clínica, pero sin control contable riguroso. A finales de los años 80 se le hizo una oferta de integración en el INSALUD al personal de la Clínica, a cambio de su traslado e incorporación al entonces nuevo Hospital de Alcalá de Henares.

Las presiones de una parte de los médicos de más alto nivel presentes en el Patronato de la Fundación (Jiménez Díaz) que sustentaba la personalidad jurídica de la Clínica provocó el rechazo final de la oferta, que al cabo de poco tiempo se sustituyó por una oferta de gestión tutelada de una de las áreas de salud de la capital, a cambio de la presidencia del Patronato de la Clínica por parte de un representante designado por el Ministerio de Sanidad.

Esa designación recayó en el Médico Fernando Lamata, un psiquiatra sin plaza en el sector público que había desempeñado las direcciones provinciales del INSALUD de Cantabria y Madrid y fue después responsable del Grupo Federal de Salud del PSOE, un órgano asesor de la Ejecutiva del Partido sin representación en sus órganos de dirección.

En apartados posteriores de este trabajo se alude a cómo durante la época en la que se mantuvo esa situación se propició la adscripción a la Clínica de la Concepción de la atención de algunos grupos específicos de pacientes segregados de la atención general de la Seguridad Social, el más destacado de ellos el colectivo de miembros de la Asociación de la Prensa de Madrid que optaban por esa posibilidad. Esta adscripción tuvo lugar en 1993, y la atención de estos pacientes se comenzó a prestar no en las camas concertadas con el INSALUD, sino en la “zona de privados”, que pocos años antes había gozado de una ampliación mediante nueva construcción.

La evolución posterior de la Clínica consistió en su venta a sucesivas entidades privadas como consecuencia de sus problemas económicos derivados de su peculiar gestión. La última de esas entidades es la empresa Capió, de capital inicial sueco, que a su vez pasó a ser propiedad mayoritaria de un fondo norteamericano de capital riesgo. En esta situación es en la que se ha producido la adscripción a la Clínica de un cupo adicional de 400.000 pacientes más del IMSALUD, y la gestión de un ambulatorio propiedad de la Seguridad Social, el de Pontones, cesión que generó numerosas protestas vecinales y profesionales, que se mantenían en el momento en que se escribieron inicialmente estas líneas, pero que se han ido acallando, sin desaparecer, ante la política de hechos consumados impuesta desde la Consejería de Sanidad madrileña.

La explicación anterior de las características personales y profesionales de quienes desempeñaron las máximas responsabilidades sanitarias durante el período analizado en este caso constituye una aportación de valor añadido para comprender algunas de las políticas desarrolladas durante ese período.

Uno de los argumentos que se pueden desarrollar a partir de esa descripción es la carencia de conocimientos e intereses sanitarios específicos por parte de la mayoría de los designados como responsables más altos de desarrollar las políticas sanitarias. Situación que, a su vez, hay que colocar en el marco de la escasa definición de las líneas fundamentales de la política sanitaria a desarrollar que se derivaban, conforme al análisis que se ha hecho en el apartado anterior, de la Ley General de Sanidad y, en general, de las prioridades políticas del propio Partido Socialista.

En ausencia de mayor definición de esas políticas, la política sanitaria debía ser desarrollada desde la Administración sanitaria, y para ello se escogió de manera repetida a personas de cuyos conocimientos y posiciones sanitarias, salvo escasas excepciones, se carecía de cualquier información. Incluso cuando se recurrió a personas procedentes del ámbito sanitario se requirió para ello a profesionales del ámbito clínico, cuyo grado de conocimiento y experiencia previa no sólo general, sino para las áreas específicas para las que fueron designados en diferentes casos, cabría poner en cuestión.

Junto con ese marco general en el terreno personal se puede hacer también una caracterización global de las políticas desarrolladas durante este período. Caracterización que se puede resumir indicando que lo predominante durante el mismo no fueron los desarrollos normativos, ni siquiera los previstos en la Ley General de Sanidad, a cuyo desarrollo retrasado y escaso se ha hecho ya referencia en el apartado anterior. Por el contrario, lo dominante en este amplio plazo fueron las decisiones, ejecutivas en muchos casos, que se fueron adoptando para adaptarse a las prioridades y circunstancias de cada momento, sin una referencia global, no existente en la Ley General de Sanidad como se ha reiterado, que permitiera una visión armonizadora común. Una situación que parece de antemano poco propicia para la estructuración y consolidación de un “nuevo” sistema sanitario como el que se pretendía haber definido en la Ley General de Sanidad.

Esa característica de las políticas desarrolladas pudo parecer menos clara durante el primer período descrito, el que cubre hasta 1991, merced al marcado carácter “político” que se pretendió imprimir a la gestión. Durante ese período, la definición de la congruencia con un proyecto socialista para la sanidad quedó a expensas de los

criterios establecidos desde un ámbito de la Administración sanitaria que era próximo al aparato del partido gobernante, entonces dominado por los sectores “guerristas”, criterios y orientaciones sobre los que se propició una escasa o casi nula discusión.

Una vez desaparecido el control del sector sanitario por parte de esos sectores, esa situación previa de ausencia de debate propició la inexistencia de criterios establecidos sobre lo sanitario tanto en el ámbito del partido como en el de la Administración. Lo que, a su vez, facilitó la manifestación de los intereses de diferentes sectores y grupos, que fueron los que guiaron en direcciones sucesivas y a veces contradictorias las políticas desarrolladas en los años siguientes respecto a numerosas cuestiones.

En los apartados siguientes de este mismo capítulo se analizan las políticas desarrolladas en cada uno de esos terrenos específicos, desde el relativo a la extensión universal de la cobertura sanitaria, a las referidas al desarrollo territorial, la financiación y la gestión del sistema sanitario, el personal sanitario o las políticas de investigación e innovación tecnológica y las compras en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

En todos esos casos se prescinde del análisis más pormenorizado del desarrollo normativo previsto en la Ley General de Sanidad, al que he hecho amplia referencia en el capítulo anterior, a cuyo análisis más reducido sólo se recurre cuando resulta imprescindible como referencia en cada caso. El análisis que se realiza aquí se refiere ante todo a las políticas desarrolladas de manera discrecional en cada uno de esos ámbitos, así como a las consecuencias derivadas de tal clase de decisiones.

Por otra parte, el análisis de las políticas desarrolladas en cada uno de esos terrenos se refiere a la totalidad del período analizado, situándolas en cada caso en su lugar cronológico correspondiente dentro de este período, pero tratando de dotar de una línea común al análisis realizado en cada una de esas políticas.

b) Las políticas de extensión (¿) de la cobertura sanitaria hacia la universalización.

En el apartado anterior de este texto II.5.b), al explicar las previsiones (laxas) de la Ley General de Sanidad respecto a la unificación de regímenes de protección sanitaria, se ha hecho ya una amplia referencia al incumplimiento de tales previsiones en el caso de diferentes regímenes de protección¹³⁸. Algunos de éstos permanecen

¹³⁸ A las previsiones concretas a que se ha hecho referencia en el apartado citado hay que añadir lo dispuesto, en forma aún más imprecisa, en la Disposición Final decimocuarta de la Ley General de

todavía a día de hoy como sistemas de protección independientes, y consumiendo recursos separados y adicionales a la protección sanitaria ofrecida a la mayoría de la población.

La descripción al respecto realizada en el apartado citado hace innecesario repetir lo descrito allí, que globalmente podría caracterizarse como la expresión de un amplio incumplimiento de lo previsto en la ley, y como tal, la manifestación de un escaso compromiso político por parte del Gobierno y el Partido que promovieron la Ley siquiera con las limitadas previsiones de ésta en diferentes terrenos.

Los incumplimientos citados producidos en el de la universalización de la cobertura sanitaria en condiciones de igualdad (sobre todo en el acceso a los servicios sanitarios) podrían considerarse como una expresión solamente de carácter negativo, reducida a no poner en práctica lo que la Ley previó con un grado mayor o menor de concreción según los casos.

Sin embargo, lo que caracteriza al período ahora analizado no son sólo esas expresiones “en negativo”, sino la adopción de medidas positivas discrecionales que orientaron la cobertura sanitaria desde el inicio del período en que la Ley debía aplicarse en sentido contrario a la universalización de la protección sanitaria prevista en aquella. Es a esas medidas a las que se dedica una especial atención en este apartado.

b.1) Los mecanismos para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud.

1.1) Las actuaciones de carácter general.

Aunque hubo que esperar hasta la publicación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, a la que se alude más adelante, para obtener un reconocimiento expreso de este extremo en una norma de rango general, la realidad es que la tarjeta sanitaria se convirtió desde la promulgación de la Ley General de Sanidad, casi veinte años antes, en el instrumento mediante el que debería reconocerse el derecho de los ciudadanos al acceso a los servicios sanitarios.

La ausencia de una regulación más precoz de la tarjeta (algo que de manera más precisa y con aplicabilidad general sólo tuvo lugar en 2004, mediante el Real Decreto 183 de ese año, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual) dio, sin embargo, lugar a que las condiciones de acceso a la tarjeta fueran durante mucho tiempo, al

Sanidad, que de manera literal establece que “*se autoriza la Gobierno para modificar los mecanismos de protección sanitaria de los diferentes regímenes públicos existentes, acomodándolos a los principios establecidos en la presente Ley*”. A diferencia de las previsiones más concretas y con plazos definidos establecidas en la Disposición Final segunda, a la que se ha hecho referencia en aquel apartado, se puede contraponer la redacción genérica y sin plazo alguno que se utiliza en la redacción de esta disposición.

menos en el ámbito del INSALUD mientras éste gestionó la atención, el resultado de decisiones discrecionales, sin atenerse a una norma general dictada al respecto.

Las decisiones en esa materia que fueron adoptadas entre los años 1986 a 1996, lo fueron tanto por el INSALUD como por las CCAA, a medida que éstas fueron recibieron los traspasos del Instituto, en este caso mediante diferentes normas de aplicación al territorio de cada una de ellas. La coincidencia en la orientación de las medidas adoptadas en esos dos ámbitos diferentes se debió ante todo, en ausencia de una norma reguladora general, al respeto de hecho a las decisiones adoptadas en este terreno por la entidad que venía ejerciendo de manera efectiva hasta entonces la protección sanitaria, la Seguridad Social. Por otra parte, para ese ejercicio ésta no utilizó la gestión del Instituto creado para su propia gestión sanitaria, el INSALUD, sino, por el contrario, los órganos de la Seguridad Social al cargo de las prestaciones económicas. Éstos, para que los órganos sanitarios centrales (el INSALUD) o los de las CCAA emitieran la tarjeta sanitaria correspondiente, debían previamente acreditar ante ellos (de manera automática o a petición de los interesados) la condición de afiliado, pensionista o beneficiario de la Seguridad Social¹³⁹.

¹³⁹ Resulta paradójico que esta condición no se exige a partir de la Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de extranjeros en España y su integración social, a *“los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente”*, pese a que en el mismo artículo, el 12.1 de dicha ley, se indica que éstos *“tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”*. En la práctica, las CCAA están emitiendo la tarjeta sanitaria a ciudadanos extranjeros empadronados en municipios españoles sin que se les aplique la vía de reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria a la que se alude en el párrafo anterior. Lo que en la mayoría de los casos se produce por la vía de la inclusión en el grupo de la población sin ingresos prevista en el Real Decreto 1088/1989, que, sin embargo, algunas CCAA, como Cataluña, no comunican a la base de datos correspondiente. Esta última situación genera los problemas derivados de esa no inclusión en la base de datos de población protegida (que aunque se está constituyendo en el Mº de Sanidad requiere el reconocimiento previo de la Seguridad Social) cuando tratan de acceder a la atención sanitaria en una CA diferente de la que les expidió la tarjeta.

Con ello no se pretende poner en cuestión la emisión de la tarjeta en esos casos, sino poner de manifiesto la contradicción que supone que a los ciudadanos españoles se les someta a un procedimiento para obtener la tarjeta que podría considerarse que carece de base legal, puesto que el derecho a la protección sanitaria está teóricamente en relación con la condición de ciudadanía y no con la de ser o haber sido trabajador por cuenta ajena, lo que sería propio de un sistema “de Seguridad Social”, que se financia con cotizaciones sociales y no con impuestos generales.

La tarjeta no se emite tampoco para aquellos colectivos, como los de los funcionarios protegidos por MUFACE, MUGEJU e ISFAS, que disponen de un sistema específico de protección (y para los que, sin embargo, se ha previsto una vía específica de emisión de la tarjeta sanitaria europea). O a los diputados y senadores, e incluso los parlamentarios europeos (Navarro B, 2010) que tienen cubierta la protección sanitaria a través de sistemas específicos, algunos de ellos, como estos últimos, a través de seguros privados.

Tampoco disponen de ella los trabajadores en paro que agotan todas las prestaciones y no son perceptores de subsidios asistenciales de desempleo que disponen de rentas o recursos anuales superiores al salario mínimo interprofesional; o las personas que ejercen profesiones liberales incluidos en Colegios profesionales, como los de Abogados, no integrados en el Régimen General de Trabajadores Autónomos.

A la acreditación del derecho a la asistencia sanitaria por esa vía se añadió en 1989 el procedimiento establecido en el Real Decreto 1088/1989 para la población sin recursos. La población sin vínculo laboral y con ingresos que superen los máximos exigidos para poder ser incluida en este último grupo carecía y carece todavía de un procedimiento regulado general de obtener la atención, como con cierta periodicidad se pone de manifiesto ante los medios de comunicación en forma de protestas de ciudadanos concretos aparecidas de manera preferente en los apartados de “cartas al director”, algunas de las cuales se citan más adelante¹⁴⁰.

Algunas de estas situaciones fueron motivo de la aprobación de dos Proposiciones no de Ley en el Congreso, la primera, la 161/205, aprobada por la Comisión de Sanidad el 30 de septiembre de 2008 y la segunda, la 162/500, por el Pleno del Congreso de 29 de septiembre de 2009. En ambas se instaba al Gobierno a hacer efectiva la universalización proclamada por la Ley General de Sanidad y precisada luego en sus términos por el artículo 2 de la Ley 167/2003, de cohesión.

La respuesta a esas proposiciones remitida al Congreso por el Ministerio de Sanidad y Política Social en noviembre de 2009 suponía, en forma de una modificación de las leyes citadas, resolver algunos de estos últimos casos, estableciendo el derecho a la asistencia sanitaria *“a todos los españoles residentes en territorio nacional que no tuvieran reconocido este derecho por las normas reguladoras de la citada prestación a la entrada en vigor”* de la ley. Pero no hacía referencia alguna a la unificación de los sistemas de protección de aquellos colectivos que la tienen reconocida a través de sistemas específicos, como los que he citado.

Dejando aparte los problemas financieros y de doble cobertura que podrían generarse de esa forma, en la práctica lo que eso supondría, por la vía de la diferenciación en la emisión de la tarjeta a unos y otros colectivos, es la conformación de lo que ya se está produciendo como deriva manifiesta hacia la constitución de dos sistemas de protección sanitaria diferentes, uno “para pobres” (el “régimen general”, en el que además de los trabajadores por cuenta ajena con las excepciones indicadas se integra la población sin recursos, incluidos los inmigrantes) y otro u otros varios en los que se recogen grupos específicos de población, que ven especialmente favorecido su acceso a los medios privados.

Por otra parte, esa situación, en la que grupos de población como la inmigrante parecen tener facilitado el acceso a los servicios sanitarios generales en comparación con ciertos grupos de población española, puede contribuir a la generación de posiciones xenófobas, más fáciles de suscitar aún en una situación de crisis económica, transformando la naturaleza solidaria propia de los servicios sanitarios públicos en un instrumento de confrontación. Y ello pese a las evidencias puestas de manifiesto de que la población inmigrante no hace un uso desproporcionado de los servicios sanitarios, sino que, por el contrario, parece utilizarlos en general en menor proporción (Regidor, 2009; López Nicolás, 2009); pese a lo cual, por el aumento de población en cifras absolutas que supone, sí ha podido contribuir a la congestión de los servicios sanitarios, en buena parte por su desigual distribución territorial (Blanco, 2009).

¹⁴⁰ Para la población no incluida en ninguno de los grupos citados, algunas CCAA han regulado una situación específica, que supone expresamente la exclusión del derecho a recibir la protección sanitaria en los centros públicos en condiciones de gratuidad. Así, por ejemplo, la Ley 6/2008, de 2 de Junio, de Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario público de la Comunitat Valenciana (BOE de 25 de Junio de 2008). En el artículo 11 de esa norma se establece que *“Se incluirá en el grupo “privados” a las siguientes personas, con independencia de su situación de residencia en la Comunitat Valenciana:*

1. Las personas titulares y beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades administrativas que hayan optado por recibir las prestaciones sanitarias a través de entidades diferentes a la red sanitaria pública.

2. Las personas que no estén acreditadas o reconocidas en ninguna de las modalidades de aseguramiento anteriormente descritas (en adelante “no asegurados”). Para éstos, el artículo 14 de la misma Ley establece que:

“1. El coste de las prestaciones realizadas facilitadas a las personas incluidas en las modalidades del grupo 4. “privados”, regulado en el artículo 11 de esta Ley, con excepción de las específicas de salud pública que se determinen, será reclamado a éstas.

Esta situación, que se mantuvo en la práctica durante todos los años citados, sólo tuvo un reconocimiento normativo expreso poco tiempo después de finalizar el mandato socialista a mediados de 1996. El 13 de diciembre de ese año el nuevo Gobierno del Partido Popular dictó un Real Decreto, el 2583/1996, de estructura orgánica y funciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y modificación parcial de la Tesorería General de la Seguridad Social, en el que se atribuía al INSS la competencia en diferentes materias, entre ellas, y de manera destacada por ser la primera de la competencias citadas, *“el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria”*. Esta expresión no se acompaña siquiera de ninguna matización relativa a la limitación de su aplicación a los grupos incluidos en su ámbito competencial.

Por el contrario, la única norma durante el período entre 1986 y 1996 en la que de forma expresa se hace alusión al reconocimiento de la acción protectora *“en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social”* (terminología que se debe subrayar, pues a partir de la ley 14/1986 la cobertura sanitaria era supuestamente “universal” y vinculado a la condición de ciudadanía española en los términos previstos en la CE y en la Ley) es el Real Decreto 1682/1987, por el que se amplía dicha acción protectora, que modifica un Decreto anterior, con una antigüedad que data de 1967. En ese Real Decreto se establece que tendrán derecho a dicha asistencia *“los descendientes, hijos adoptivos y hermanos (de los afiliados). Los descendientes antes indicados podrán serlo de ambos cónyuges, o de cualquiera de ellos...El derecho a la asistencia sanitaria nacerá el día de la afiliación tanto para el titular como para sus familiares o asimilados beneficiarios”*.

En la práctica, y con arreglo al criterio citado, a medida que la tarjeta sanitaria fue sustituyendo como instrumento de acreditación del derecho a la protección sanitaria

2. No obstante lo anterior, cuando el interesado lo acredite documentalmente, el coste de la prestación podrá ser reclamado a un tercero que asuma legal o contractualmente el pago del importe de las prestaciones realizadas”.

A las personas incluidas en este grupo que acrediten el empadronamiento en el territorio correspondiente no se les niega en esa CA una tarjeta sanitaria en aquella CA. La que reciben, sin embargo, además de ser distinta de la utilizada con carácter general, no supone su inclusión en la base de datos de población protegida constituida a nivel central, ni, en consecuencia, supone tampoco reconocer el derecho a la atención sanitaria en ninguna otra CA. El documento, que es una tarjeta diferente a la que da soporte al reconocimiento del derecho a la asistencia en el “régimen general”, lleva además las claves que determinan la exigencia del pago de las tasas establecidas, que son fijadas periódicamente por el mismo gobierno autonómico, la última mediante la Ley 16/2008, de 22 de diciembre (BOE 31 de enero de 2009), de medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera y de Organización de la Generalitat. Con posterioridad a ésta, un Decreto, el 149/2009, del Consell de la Comunitat Valenciana establece la posibilidad de un convenio de asistencia sanitaria con cuotas de entre 270 y 330 euros por trimestre.

Ni estas leyes, ni las normas que dan origen a situaciones similares en otras CCAA, como Cataluña, han sido objeto de atención ni recurso por ningún Gobierno español.

a la “cartilla” de la Seguridad Social (en la que estaban incluidos los titulares y sus beneficiarios a los efectos de Seguridad Social correspondientes) el documento sanitario comenzó a distribuirse de manera prioritaria diferenciada a los colectivos de los trabajadores afiliados y en situación de alta, o asimilada, del Régimen General y de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social que no disponían de otros medios de asistencia específicos (como MUFACE o el ISM), a los perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social o pensionistas, y a los declarados como beneficiarios de unos y otros con arreglo a las normas citadas.

Que ni se previera ni esté previsto todavía el acceso a la tarjeta sanitaria con la acreditación de la condición de ciudadano español¹⁴¹ convierte en una falacia, pese a su reiteración, la afirmación de que la Ley General de Sanidad hiciera universal el derecho a la protección sanitaria. De la falsedad de la misma no son sólo responsables los términos de la Ley, sino también el desarrollo práctico que se hizo en los años inmediatos a la propia Ley de la forma de obtener la acreditación del derecho a la atención, cuyos efectos se han prolongado en el tiempo.

Por otra parte, puesto que la acreditación del derecho para la población con alguna clase de vinculación laboral se llevaba y se sigue a cabo por la Seguridad Social, la responsabilidad de esa situación no puede cargarse sólo sobre las sucesivas administraciones sanitarias, sino que constituye una responsabilidad global de los Gobiernos que dieron soporte a esa decisión. Y es a la vez una expresión manifiesta del escaso interés político para esos Gobiernos de la supuesta universalización del derecho a la protección sanitaria, en una línea semejante a lo que ya quedó patente, como se ha señalado en el capítulo anterior, durante la tramitación y con la aprobación de la Ley General de Sanidad. .

Las justificaciones de esa posición hay que buscarlas en los orígenes de la protección sanitaria en España y su vinculación con la Seguridad Social, a los que se ha hecho referencia en los primeros apartados de este texto.

A pesar de la creación en 1978 de tres Institutos distintos para la gestión de la tres clases de prestaciones a las que atendía la Seguridad Social en aquel momento, la

¹⁴¹ En una norma tan reciente como el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual aún se mantiene como artículo 2 una disposición que establece que “*las Administraciones sanitarias autonómicas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (que sólo gestiona la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla) emitirán una tarjeta sanitaria con soporte informático a las personas residentes en su ámbito territorial que tengan acreditado el derecho a la asistencia sanitaria pública*”, sin hacer alusión alguna ni introducir ninguna modificación en las condiciones en que se sigue produciendo la acreditación del derecho, por los procedimientos y para los grupos indicados.

financiación de esos tres Institutos siguió corriendo, como se ha indicado antes, a cargo de un solo Organismo, la Tesorería General de la Seguridad Social, cuya dependencia se mantuvo, junto con la del Instituto responsable de la gestión de las pensiones, el INSS, en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social cuando estas competencias se separaron de las sanitarias y estas últimas pasaron a depender del Ministerio de Sanidad.

Por otra parte, esa separación de funciones no hizo variar en lo sustancial la financiación sanitaria, que en los primeros años tras la Ley General de Sanidad, y conforme a lo establecido en sus términos, siguió dependiendo principalmente de los presupuestos de la Seguridad Social hasta 1989. En ese momento tuvo lugar un intercambio de conceptos presupuestarios al que se alude más adelante, merced al cual los presupuestos sanitarios pasaron a tener una financiación principalmente fiscal, sin que la financiación de base contributiva desapareciese por completo hasta 1999. En esas condiciones, por mucho que verbalmente, y sobre la base de las disposiciones de la LGS, el derecho a la protección sanitaria se vinculase a la condición de ciudadanía, ese concepto no caló, o no se hizo cumplir por los gestores de la Seguridad Social, en tanto se mantuvo una aportación sustancial de ese sistema a la financiación sanitaria¹⁴². Pero las condiciones vigentes para el reconocimiento de la protección sanitaria por parte de la Seguridad Social no cambiaron tampoco cuando a partir de 1999 desapareció cualquier vinculación de aquélla con la financiación sanitaria. Desvinculación que se confirmó con el sistema de financiación sanitaria incluido en la autonómica que se aprobó en diciembre de 2001, sin que tampoco esa nueva ocasión provocara ningún cambio en los procedimientos de reconocimiento del derecho a la protección sanitaria.

A la vez, el propio sistema de Seguridad Social disponía de la base de datos más amplia de la población con derecho a la protección sanitaria, que desde el primer momento tras la Ley se constituyó en la referencia para establecer una base de datos de

¹⁴²Esta situación tuvo también consecuencias sobre la liquidez de los fondos sanitarios, que se supeditó siempre por la Seguridad Social a la disponibilidad de fondos para el pago de las pensiones. Esto constituía una responsabilidad del INSS, un órgano más próximo en términos de dependencia a la Tesorería de la Seguridad Social, que se vió así sistemáticamente priorizado en sus intereses ante cualquier problema financiero, derivando en retrasos de los pagos sanitarios. A esta cuestión se hace referencia en el apartado siguiente sobre la financiación durante este período.

Esta situación real contrasta con las posiciones doctrinales que han sostenido la ruptura de cualquier clase de vinculación entre la protección sanitaria y la Seguridad Social (Beltrán Aguirre, 2002, 2007; Tornos, 2001; Vaquer, 2001). Estas posiciones han logrado imponerse en otras consecuencias prácticas, principalmente, como ya se ha explicado en el apartado II.b.1), las relacionadas con la limitación de la posibilidad de ejercer una u otras formas de coordinación de los servicios sanitarios autonómicos por parte de la Administración General del Estado. Sin embargo, las mismas consecuencias no se han derivado al terreno comentado del reconocimiento del derecho a la protección sanitaria. Lo que confirma la diferencia de criterios, que se podría calificar de esquizofrénica y atenta a intereses contradictorios, con que se ha abordado esta cuestión hasta ahora.

la “población protegida”, concepto a su vez convertido en la base para la financiación sanitaria de las CCAA con arreglo a los términos de la Ley General de Sanidad. Esta “base de datos” no ha sido nunca cedida a las autoridades sanitarias para constituir, junto con los datos de otros sistemas de protección, una base sanitaria específica que pudiera incluso permitir evitar las duplicaciones en sistemas de protección, que todavía persisten (Sevilla Pérez, 2006; Freire, 2007). La mejor expresión de esa negativa, y del intento, hasta ahora exitoso, de evitar no tanto la cesión de sus datos, que se viene produciendo de manera progresiva para la constitución de una base de datos propia en el Ministerio de Sanidad que sirve ahora de base de consulta a todas las CCAA (con los problemas a los que se ha hecho alusión en las notas 139 y 140 previas), como el control del reconocimiento de una prestación que ya no corresponde al ámbito contributivo, es la consulta establecida (primero por la vía de los hechos y posteriormente por norma) para acreditar el derecho a la protección sanitaria a la que he hecho referencia más arriba. Una situación a la que ningún gobierno ha querido poner coto y que encierra una contradicción que por algunos observadores se ha propuesto resolver introduciendo un derecho universal de los ciudadanos españoles desde su nacimiento a la atención sanitaria “de la Seguridad Social” como prestación no contributiva de ésta. Esta solución, a su vez, resultaría contradictoria con las interpretaciones doctrinales dominantes sobre la separación de la sanidad del ámbito de la Seguridad Social a las que he aludido en la nota anterior¹⁴³.

1.2) Las actuaciones de las CCAA.

La ausencia de una norma de carácter general para regular el acceso al reconocimiento del derecho a la protección sanitaria y, en la práctica, la disponibilidad de la tarjeta sanitaria individual, derivó algún tiempo después de la entrada en vigor de la LGS en que diferentes CCAA dictaran normas al respecto de aplicación en cada ámbito territorial respectivo, a medida que iban asumiendo las competencias correspondientes. Normas que, por otra parte, y pese a las desigualdades en el acceso a

¹⁴³ A los que, como yo mismo, hemos venido sosteniendo desde hace años las contradicciones del cambio de consideración constitucional de la asistencia sanitaria para incluirlo en el ámbito de la “sanidad”, esta vía nos daría la oportunidad de promover la consideración de las consecuencias organizativas y sobre el ejercicio de la coordinación en este campo que se derivarían de su inclusión en la competencia “Seguridad Social” a las que se alude en otros apartados de este trabajo. Lo que parece imprescindible en todo caso es lograr una posición coherente en todos los terrenos en los que de la aplicación de una u otra consideración constitucional del ejercicio de la competencia sobre la asistencia sanitaria se derivan consecuencias distintas.

la protección sanitaria que creaban en algunos casos, no fueron nunca impugnadas por la Administración General del Estado ni objetadas por el Ministerio de Sanidad¹⁴⁴.

La primera CA que dictó una norma en relación con la tarjeta sanitaria fue la del País Vasco, que lo hizo en febrero de 1988, menos de un año después de recibir el traspaso de la gestión del INSALUD. Fue en el marco de un Decreto autonómico, el 26/1988, al que ya se ha hecho referencia anteriormente, por el que se reconocía el derecho a la asistencia sanitaria prestada por el Servicio Vasco de Salud a quienes carecieran de suficientes recursos económicos. En lo que se refiere a esta última cuestión, ya se ha indicado que esta norma se adelantó a la regulación general que realizó el Real Decreto 1088/1989. Una Orden de desarrollo del Decreto autonómico citado dictada un día después de éste especificó de manera más precisa los contenidos de la Tarjeta Sanitaria Individual que regiría a partir de aquel momento en el País Vasco hasta 2001, año en cuyo mes de abril se dictó una Resolución del Viceconsejero de Administración y Régimen Económico del Departamento de Sanidad por la que se modificaba la *“arquitectura de la Tarjeta Individual sanitaria como documento acreditativo del derecho a las prestaciones sanitarias públicas garantizadas por el sistema sanitario de Euskadi”*. Un nuevo Decreto autonómico del mismo año 1988, el 252/1988, de 4 de Octubre, reguló, por su parte, la implantación progresiva del uso de la tarjeta individual sanitaria, así como la adscripción de facultativos derivada de tal implantación, estableciendo también la edad que delimita la atención pediátrica en el Servicio Vasco de Salud¹⁴⁵.

Valencia, que había recibido el traspaso del INSALUD también en 1987, dictó su primera norma sobre tarjeta sanitaria mediante una Orden de la Consellería de Sanidad y Consumo de 13 de octubre de 1989. En su artículo primero, esta norma declaraba que *“la tarjeta sanitaria es el documento acreditativo del derecho a la asistencia pública sanitaria prestada por el Servicio Valenciano de Salud”*. Puesto que

¹⁴⁴ La diferencia entre ambas cuestiones se debe a que la decisión de impugnar por las vías correspondientes cualquier norma autonómica se adopta por una comisión al efecto existente en el Ministerio de Administraciones Públicas, cuyo criterio ha venido siendo progresivamente más restrictivo para impugnar las normas, en especial si se puede interpretar que de las mismas cabe una interpretación ajustada al orden constitucional, aunque ésta resulte dudosa de la lectura simple del texto. Para considerar la decisión se debe producir la propuesta previa por parte del Ministerio competente, en este caso del de Sanidad. Sobre esta cuestión se puede ver (Rey del Castillo, 1998 j, p. 303).

¹⁴⁵ Hay que tener en cuenta que la retribución de los médicos de atención primaria tiene una base capitativa, a partir de las cartillas adscritas a cada uno. Por otra parte, en las cartillas tradicionales de la Seguridad Social se agrupaban en una sola afiliados y beneficiarios. El paso a una tarjeta sanitaria individual requería modificar la distribución. A su vez, la edad infantil para la adscripción a un pediatra, estaba establecida en los siete años, para pasar a hacerse hasta los catorce.

en la Orden sólo se especificaba el órgano administrativo que se encargaría de definir sus características y su forma de implantación, la Orden preveía de antemano en su primera disposición transitoria que “*será vigente el uso de la cartilla de la Seguridad Social a los efectos de asistencia sanitaria en el Servicio Valenciano de Salud hasta la implantación de la Tarjeta Sanitaria en la Comunidad Valenciana*”. La Dirección General de Planificación de la Asistencia Sanitaria, que fue el órgano encargado de diseñar el contenido de la tarjeta, sólo tardó cuatro días después de la Orden en definir las características generales citadas: lo hizo mediante una Resolución de 17 de Octubre. Pero no fue hasta febrero de 1991 cuando mediante una nueva Resolución del 21 de ese mes comenzó a dictar instrucciones para la implantación de la tarjeta, fijando criterios de prioridad para su extensión, siendo el primero de ellos que la población a la que se extendería inicialmente su difusión sería “*la adscrita a los Centros de salud del Servicio Valenciano de Salud*” y, por tanto, aquella población con cobertura de Seguridad Social en cuyo ámbito se había producido ya la transformación de la asistencia tradicional de los Ambulatorios en la prestada a través del nuevo modelo de atención primaria al que se ha hecho referencia en los apartados anteriores, un grupo de población que no alcanzaba en aquel momento ni siquiera el 50% de la población con cobertura de Seguridad Social.

Cataluña dictó una primera norma sobre esta materia en 1990, mediante el Decreto 90/1990, de 3 de abril, cuyo título hace referencia de manera expresa a esta cuestión (“*sobre la tarjeta sanitaria individual en Cataluña*”).

Como en el caso vasco, la norma se siguió poco tiempo después de una orden de desarrollo, de 13 de noviembre del mismo año, dictada por el Departamento de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad, en la que se determinaban de manera más específica los datos mínimos que debía contener la tarjeta, así como el procedimiento para su distribución, e incluso la creación de una oficina central encargada de esas funciones en su ámbito. En julio de 1991 la regulación se amplió con un nuevo Decreto, el 178/1991, sobre “*universalización de la asistencia sanitaria pública*”, en el que se preveía (en su artículo 1) que “*todos los ciudadanos residentes en Cataluña tienen derecho a la asistencia sanitaria pública, en los términos que prevé el presente Decreto*”.

El complemento de este precepto se establecía en artículos posteriores de la misma norma, indicando que el acceso a los servicios y prestaciones sanitarias citadas de la población empadronada en los municipios de Cataluña que no cotizase a la

Seguridad Social ni tuviera posibilidad de acceder “*a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título jurídico*” (como el formar parte del grupo de personas incluidas en la asistencia sanitaria a personas sin recursos económicos suficientes) “*será voluntario y previa solicitud...y se realizará en condiciones de igualdad efectiva con el resto de la población protegida por el sistema sanitario público*” (artículo 3 del Decreto).

Tales condiciones de igualdad se concretan en el artículo 6 de la misma norma indicando que “*con el fin de garantizar que el acceso a la asistencia sanitaria pública se haga en condiciones de equidad e igualdad efectiva, las personas acogidas al ámbito de aplicación de este Decreto deberán colaborar en la financiación del sistema sanitario público*”, colaboración que se limita estableciendo a su vez que “*en cualquier caso esta colaboración no podrá exceder como mediana del equivalente a la cuantía que representen las cuotas u otros ingresos destinados a la financiación de la asistencia sanitaria pública per cápita en Cataluña*”. La norma, que está todavía en vigor, fija también el procedimiento para llevar a cabo tal aportación, mediante una “*orden conjunta de los Departamentos de Sanitat i Seguretat Social y de Economia i Finances, (que) establecerá los mecanismos, procedimiento y condiciones en que los diferentes colectivos o personas deberán hacer efectiva la referida colaboración, teniendo en cuenta sus respectivos ingresos*”, y establece también que “*los ingresos que resulten de esta colaboración tendrán un carácter finalista y se incorporarán al presupuesto del Servicio catalán de la Salud para la financiación de la asistencia sanitaria pública*” .

La orden citada, que no tuvo finalmente carácter conjunto de los dos Departamentos citados, sino que fue sólo del de Sanidad y Seguridad Social de la Generalidad, tardó, sin embargo, seis años más en dictarse: se trata de una Orden de 26 de Junio de 1997, también todavía en vigor, en la que se establece que “*la colaboración en la financiación del sistema sanitario público a que se refiere el artículo 6 del Decreto 178/1991, de 30 de julio, se instrumentará mediante una aportación económica periódica* (que más adelante se indica podrá hacerse efectiva anualmente o distribuída en períodos mensuales o trimestrales) *a cargo de los titulares que accedan a la asistencia sanitaria pública*”(artículo 1), señalando a continuación (artículo 2) que “*el importe de la aportación económica precitada será equivalente a la cuota fijada por asistencia médica o farmacéutica por enfermedad común que deben satisfacer los colectivos ajenos al sistema de Seguridad Social, de acuerdo con los que disponen las*

normas sobre cotización a este sistema, aprobadas por el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social para cada ejercicio”¹⁴⁶.

Por su parte, Navarra, que recibió el traspaso del INSALUD en 1990, dictó una primera norma *“por la que se establecía la universalización de la asistencia sanitaria pública en la Comunidad Foral”*, el Decreto Foral 71/1991, el 21 de febrero de ese año. Siendo anterior en unos meses a la norma catalana del mismo contenido, el Decreto preveía lo mismo que en ese caso que los colectivos que no tuvieran *“posibilidad de acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título jurídico”... “y a fin de garantizar el acceso a la asistencia sanitaria pública lo sea en condiciones de equidad y de igualdad efectiva...participarán en la financiación del sistema sanitario público”*. Los límites de dicha participación que se fijaban en esa norma eran, sin embargo, distintos a los establecidos en el caso de la Administración catalana, al indicar que:

“2.En cualquier caso la referida financiación no podrá exceder de la equivalente a la cuantía que representen las cuotas y otros ingresos a que se refiere el apartado 7.3 del anexo al Real Decreto 1680/1990¹⁴⁷, en la financiación del gasto sanitario público per cápita en Navarra.

3.Anuualmente se determinarán los mecanismos, formas y condiciones a través de las cuales los distintos colectivos o personas participarán en la referida financiación”.

Estos términos, que no fueron tampoco recurridos por la AGE, hay que ponerlos en relación con el peculiar sistema de financiación de todas las competencias traspasadas de que dispone Navarra, en esencia casi idéntico al sistema de “cupos” del País Vasco. Conforme a ese sistema, es la CA la que recauda los impuestos y sólo aporta una parte de lo recaudado para la financiación de las competencias comunes cada

¹⁴⁶ Estas normas son Órdenes del Ministerio de Trabajo que a primeros de cada año *“desarrollan las normas de cotización a la Seguridad Social, Desempleo, Fondo de Garantía Salarial y Formación Profesional”* contenidas en las leyes presupuestarias del año correspondiente, que son aprobadas en diciembre del año anterior. Tales normas tienen siempre un apartado en el que se determina entre otras *“la cuota de asistencia médico-farmacéutica que corresponde satisfacer a los colectivos ajenos y en aplicación de Convenios Internacionales, salvo las excepciones que pudieran contenerse en los mismos”*, expresiones que se vienen repitiendo desde hace años, fijando para cada año la cantidad mensual que corresponderá a esa cuota. La última Orden es de 18 de enero de 2006, y fija la aportación mensual en 87,34 euros mensuales. Las órdenes correspondientes a los años 2007 y 2008 prorrogaron durante estos períodos anuales lo indicado al respecto en la norma anterior.

¹⁴⁷ Se trata del Real Decreto por el que se hizo efectivo el traspaso del INSALUD a la Comunidad Foral de Navarra. El apartado al que se hace referencia del anexo citado dice textualmente que *“el coste total de los servicios relativos a las transferencias se considerará financiado por aportaciones del Estado y por cuotas y otros ingresos, proporcionalmente a lo que una y otras fuentes representen en la financiación del presupuesto total del INSALUD.*

vez más restringidas del Estado (defensa, relaciones internacionales, justicia y algunas otras).

En todo caso, la norma citada no hacía referencia a la tarjeta sanitaria como documento acreditativo del derecho a la asistencia sanitaria en la Comunidad Foral navarra, lo que se reguló mediante una Orden Foral de 31 de octubre de 1991, en la que, además de dicha condición, se establecían las características de la tarjeta navarra y su *“expedición progresiva”... “sin perjuicio de la validez de los demás documentos que acrediten el derecho a la asistencia sanitaria con cargo al Servicio Navarro de Salud”*.

Galicia fue la última de las CCAA con el traspaso efectivo del INSALUD durante el período entre 1986 y 1996 (lo recibió también en 1990) que reguló las condiciones de la tarjeta sanitaria. Lo llevó a cabo mediante una Orden de la Consellería de Sanidad de 7 de Octubre de 1993, que identificaba la tarjeta como *“el documento acreditativo del derecho a la asistencia pública sanitaria prestada por el Servicio Gallego de Salud”*, expresión que se acompañaba de las mismas cautelas transitorias que en otros casos respecto a la validez de la cartilla de la Seguridad Social a esos efectos, hasta que finalizase el período de implantación de aquélla en la CA. Esta misma previsión se prolongó en un Decreto, el 177/1995, de 16 de Junio, cuya modificación principal era la de elevar el rango de la responsabilidad de la planificación, gestión y evaluación de la implantación de la tarjeta, tareas encomendadas en la norma previa a una Dirección General en el seno del Servicio Gallego de Salud, hasta la propia Consellería.

Una Orden de ésta de 12 de Julio del mismo 1995 estableció las características formales de la tarjeta gallega, y una orden de 4 de diciembre, seis meses después, creó el *“fichero automatizado de datos de carácter personal denominado sistema de tarjeta sanitaria”*. De ésta última lo más destacado es que al determinar los procedimientos de recogida de datos se establecía que *“los datos personales, sanitarios y administrativos correspondientes a cada ciudadano (en una relación adjunta se incluye entre ellos el número de afiliación a la Seguridad Social) se obtendrán por declaración del propio interesado. Posteriormente, esta información, se actualizará a petición de ellos o a través de los datos facilitados por la Seguridad Social y las entidades correspondientes del sistema sanitario”*.

De la relación de CCAA a las que se había hecho efectivo el traspaso del INSALUD en aquel período sólo le faltó establecer una regulación específica sobre tarjeta sanitaria a Andalucía. Ésta CA, la segunda en recibir el traspaso en 1984, optó a

principios de los años 90 por aceptar la oferta de edición de una tarjeta “inteligente”, con posibilidades de utilizarse en la realización de diferentes trámites relacionados con las pensiones, que le fue hecha por la Seguridad Social, probablemente por razones de relación personal del Consejero andaluz de aquel momento, que había desempeñado responsabilidades previas en el Ministerio de Trabajo. La Seguridad Social, por su parte, consolidó de esa manera su posición como interviniente en un ámbito que se había restado a su gestión, pero sobre la que mantenía las responsabilidades financieras y de reconocimiento de la prestación que se han descrito, y sobre todo la utilización de su propia base de datos con estos fines, sin necesidad de ceder su datos a otros.

La resultante global de normativas autonómicas tan distintas, e incluso contradictorias, durante este período, no objetadas desde la AGE, fue una contribución añadida a que la universalización del derecho a la protección sanitaria pregonada por la Ley General de Sanidad se convirtiese en una realidad solamente virtual, cada vez más alejada de la realidad.

Por otra parte, el modelo seguido en esos años se convirtió en los siguientes en ejemplo para los desarrollos autonómicos posteriores, de manera que con los años cada CA dispuso de sus propias disposiciones para emitir su propia tarjeta sanitaria, ajustada a sus propios criterios.

Las dificultades y problemas derivados de esa situación no son sólo de carácter técnico, del diseño de la tarjeta, o de buscar unos contenidos mínimos entre todas. Con ser estos problemas más fáciles de resolver si se hubiera producido la definición de unos mínimos para todas ellas antes de que cada CA fijara los suyos, que siempre son más difíciles de adaptar a posteriori a una regla común, los problemas más importantes son los relacionados con las diferencias que se han introducido en la cobertura sanitaria de una población teóricamente cubierta de manera “universal”.

La primera diferencia es la que se ha establecido entre la población que sigue justificando su protección como consecuencia de una u otra clase de vinculación laboral y la que, disponiendo de recursos económicos suficientes, carece de aquélla. A este grupo de población, o se le exigen complementos financieros injustificados para obtener una protección que se financia con fondos fiscales, como ocurre en Cataluña o Navarra con arreglo a sus normas, o simplemente se le deniega el acceso a la protección sanitaria pública. Esto es lo que viene ocurriendo en algunas CCAA, como Madrid, que reguló el acceso a su tarjeta sanitaria mediante una Orden de su Consejería de Sanidad, la 1285/2006, de 22 de Junio de ese año, en la que se establecen reglas que excluyen de la

obtención de la tarjeta sanitaria a este grupo, sin prever vías alternativas para lograrla. Algunos casos que esporádicamente aparecen en los medios de comunicación dan cuenta de la realidad de esa situación (Pi Meco, 2008).

Pero existen otras diferencias de distinta raíz: cada una de las CCAA, como se ha descrito en diferentes casos, regula su propia tarjeta sanitaria individual como el instrumento acreditativo del derecho a recibir la atención sanitaria de su propio Servicio de Salud. Ninguna de ellas, por el contrario, hace referencia alguna al derecho a recibir las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

Esta cuestión fue abordada en el Real Decreto 183/2004, de 30 de enero, antes aludido, por el que se regula la tarjeta sanitaria individual, indicando en su artículo 2.2 que *“la tarjeta sanitaria individual emitida por cualquiera de las Administraciones sanitarias competentes será válida en todo el Sistema Nacional de Salud, y permitirá el acceso a los centros y servicios sanitarios del sistema en los términos previstos por la legislación vigente”*. Nada dice, sin embargo, de las diferencias que se pudieran establecer en el acceso a los centros en términos de prioridad, o de restricción de la atención recibida a la resolución de lo urgente o de soporte vital para remitir al paciente a su propio Servicio de Salud (Roibás, 2008). La norma, por otra parte, no hace referencia tampoco a los controles que se pudieran establecer para garantizar que no se produzcan vulneraciones como las citadas del derecho a recibir la atención.

En la norma citada tampoco hay referencia alguna a la prestación farmacéutica, en la que de manera progresiva, y como consecuencia de los problemas de facturación por parte de las farmacias de las recetas que se hayan podido emitir por los servicios de salud de territorios distintos, según quejas ocasionalmente publicadas en los medios (Morales, 2008) se está produciendo el rechazo de la dispensación con aportación restringida que caracteriza a esta prestación en el ámbito del Sistema Nacional de Salud.

Dos CCAA, Cataluña en 1999, mediante el Decreto 288 de ese año, *“por el que se regula el uso de la tarjeta sanitaria individual a efectos del acceso a la prestación farmacéutica, y se modifica el fichero con datos de carácter personal denominado “farmacia”*”, y Galicia, mediante el Decreto 370/2003, de 2 de octubre, *“de uso de la tarjeta sanitaria para el acceso a la prestación farmacéutica”*, establecieron normas específicas relativas a esta cuestión generando problemas, que el Real Decreto, con la redacción citada, no resolvió. Se trata de problemas que se han agravado con la receta electrónica, para cuya confección por los servicios de salud se utiliza la base de datos propia de cada CA, de la que está excluida la población de las otras, un problema que

sólo en algunas CCAA se soluciona con la confección de la receta por el médico introduciendo los datos del paciente sea cual sea la CA de origen.

Una vez más cabe insistir en que los problemas que se presentan ahora son el resultado de la ausencia de una regulación estatal en los años más inmediatos a la Ley General de Sanidad y de la tolerancia sin intervención estatal de normas autonómicas diferentes que, a falta de otros controles, establecen criterios distintos para la solución de un problema “universal” que debería resolverse en condiciones de igualdad básica.

La influencia de esta tendencia a facilitar la regulación autonómica sin desarrollos estatales previos que permitieran establecer unas condiciones homogéneas más fáciles de lograr con ellas que corrigiendo, en su caso, las normas autonómicas (algo a lo que tampoco parece inclinada la AGE sea cual sea el partido que ocupa la responsabilidad estatal), se ha hecho evidente no sólo en las cuestiones más concretas como las citadas, relativas a la tarjeta sanitaria individual, sino en normas estatales y autonómicas de mayor rango.

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, por ejemplo, establece en su artículo 10 que *“las prestaciones que establece esta Ley son responsabilidad financiera de las comunidades autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica... Los sistemas de garantías que prevé esta Ley son asimismo responsabilidad financiera de las comunidades autónomas”*. Sin embargo, cada una de las CCAA recibe financiación para cubrir las prestaciones correspondientes a su “población protegida”. Excluir del cálculo de ésta a ciertos grupos de población supone en la práctica, con arreglo a esta norma, dejar sin protección sanitaria a esos grupos, sin que la norma establezca qué entidad garantiza su derecho a la protección sanitaria en condiciones de igualdad. En la práctica, y como consecuencia de ello, la suma de las poblaciones cubiertas por cada una de las CCAA, más aún si se deja a cada una de éstas la definición de quiénes están incluidos en el ámbito de su protección respectiva, no supone la protección sanitaria “universal”.

Por su parte, en este mismo año 2008 la Generalitat valenciana, con el voto favorable del Partido Socialista en aquella Comunidad, que se encuentra en la oposición en aquel territorio, ha promulgado la Ley 6, de 2 de junio, *“de Aseguramiento sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana”*, cuyo objeto y ámbito de aplicación, según su artículo 1, se extiende a la regulación *“en el ámbito del sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana (de) las siguientes materias:*

a) El Sistema de Información Poblacional de la consellería de Sanidad y la Tarjeta sanitaria Individual de la Comunitat Valenciana.

b) Los requisitos para el acceso a las prestaciones sanitarias del sistema sanitario público de la Comunitat Valenciana según los grupos y modalidades de aseguramiento.

c) Las prestaciones sanitarias a que da derecho cada modalidad de aseguramiento y el régimen de financiación pública de las mismas.”.

Otras CCAA, como Castilla-La Mancha, han hecho pública su intención de llevar a cabo con una norma con rango de ley una regulación de los derechos y deberes en materia de salud¹⁴⁸.

Todo ello parece indicar que la pretendida universalización de la protección sanitaria, a partir de la raíces echadas en el período 1986-1996 en esta materia, ha devenido mas bien en una tendencia marcada a la “autonomización” de la misma, con los resultados previsibles de su diferenciación con arreglo parámetros igualmente autonómicos; en una reducción casi a la nada de la intervención de la AGE en esta materia a través del Ministerio de Sanidad; y en la sustitución de este último en las tareas residuales de reconocimiento formal del derecho a la protección sanitaria por parte de la entidad gestora de la Seguridad Social, en sentido contrario a la pretendida desvinculación del derecho a esa protección de la relación laboral, y a su financiación por vía fiscal.

b.2) La situación y los desarrollos de los sistemas de protección específicos.

Bajo la denominación anterior se incluyen diferentes sistemas de protección sanitaria distintos del régimen general a los que se ha hecho amplia referencia en el apartado II.5.b.2.3). Entre ellos cabe citar las Mutualidades de funcionarios (MUFACE y MUGEJU), las llamadas “entidades colaboradoras” de la Seguridad Social, o los sistemas de protección organizados para las Asociaciones de la prensa o los Colegios de Abogados. Pero cabría también incluir otros grupos: los parlamentarios nacionales y autonómicos, los altos cargos de las diferentes Administraciones, algunos regímenes

¹⁴⁸ Entre la primera redacción de este texto y su última revisión otras CCAA, como Murcia, Galicia, o Castilla-La Mancha han incluido en distintos proyectos de leyes de salud propias de cada una de ellas disposiciones en el mismo sentido.

especiales de la Seguridad Social, como el de trabajadores del mar, sobre el que también se han hecho diferentes consideraciones en el apartado citado, o las personas cubiertas por el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS).

Todos ellos se habían constituido con anterioridad a la LGS, y con respecto a ellos dicha norma previó en unos casos desarrollos específicos (de “armonización y refundición”, en el caso de las Mutualidades de funcionarios o el ISFAS, conforme a lo establecido en la Disposición Transitoria Segunda 1) o de carácter más inespecífico y general (para “acomodar” su funcionamiento a los principios establecidos en la Ley, en el resto de los casos, según lo establecido en su Disposición Transitoria Decimocuarta).

Lo característico del período entre 1986 y 1996 analizado, como se ha indicado ya al hablar del desarrollo de la Ley, es que durante ese plazo ni en unos ni en otros casos se produjo desarrollo normativo alguno en la línea indicada. En consecuencia, a grandes rasgos, las situaciones se mantuvieron iguales desde el punto de vista formal, lo que constituye por sí mismo una buena expresión del escaso compromiso inmediato con la universalización y homogeneización de la protección sanitaria previstas en la Ley que se acababa de aprobar.

Sin embargo, algunas actuaciones concretas permiten considerar también que las políticas desarrolladas en la gestión del día a día apuntaron más hacia la consolidación de los sistemas de protección diferentes que hacia la convergencia en un sistema único y homogéneo de protección sanitaria universal. Dos ejemplos pueden servir para ilustrar esta tendencia de las políticas desarrolladas durante este período:

-el primero de ellos, el procedimiento de elección de sistema de protección sanitaria que se mantuvo en la MUFACE durante esos años.

Como se ha repetido, bajo este sistema, que gestiona de manera independiente del sistema sanitario general una Dirección General específica del Ministerio de Administraciones Públicas (que durante los primeros años de este período formó parte del Ministerio de la Presidencia), los funcionarios en activo adscritos al mismo tienen la posibilidad de optar por recibir la asistencia sanitaria a través de las instituciones sanitarias propias del régimen general o hacerlo a través de alguna de las compañías de seguro sanitario privadas concertadas al efecto con la Mutualidad.

Esta opción, que en este momento está reglamentado que pueda hacerse de manera ordinaria en el mes de enero de cada año, pudiendo cambiar de opción en esos plazos, se vio facilitada durante los años analizados ahora mediante la constitución de una comisión específica que se reunía de manera ordinaria al menos mensualmente, que

analizaba las solicitudes de cambio de opción que se producían con esa menor periodicidad.

Las razones del cambio estaban en la mayoría de los casos determinadas por procesos patológicos aparecidos de manera imprevista o aguda que precisaban de tratamientos quirúrgicos o exploraciones complejas cuya práctica gozaba de mayores garantías de calidad, o incluso de la propia posibilidad de su práctica, en centros públicos. Lo que hay que poner en relación con el escaso desarrollo de los centros privados en aquel momento, en el que comenzaba a apuntar un desarrollo tecnológico exponencial y costoso, que lo hacía inasequible para aquéllos.

El efecto es que muchos funcionarios ejercían su opción ordinaria por la atención sanitaria privada, a la que contribuían con su aportación proporcional en tanto se mantenía esa situación, con la garantía de que en caso de necesidad, si precisaba de intervenciones o exploraciones que en el ámbito privado no se le podían prestar, podrían de inmediato cambiar su régimen de atención. Lo que tenía lugar sin ningún perjuicio económico para la entidad privada que había recibido las aportaciones correspondientes durante el período en el que el interesado había recibido su protección, con independencia de que en ese plazo hubiera hecho o no uso de sus servicios.

La razón del mantenimiento de estas pautas de actuación hay que encontrarlas probablemente en el peculiar régimen de gestión de la Mutualidad de funcionarios citada, que se lleva a cabo por un Ministerio diferente al de Sanidad, y habitualmente por cargos que están sometidos a la protección de ese régimen.

El mantenimiento de ese régimen de gestión, que incluye una presupuestación independiente, que en aquél era de origen fiscal diferente a la contributiva del régimen general, pero que en el momento actual es en ambos casos fiscal, carece de justificación razonable. Pero pone de relieve la importancia del incumplimiento de las previsiones relativas a la unificación de sistemas de gestión y protección sanitaria contenidas en la Ley General de Sanidad, y sus repercusiones sobre el establecimiento de la protección sanitaria universal en condiciones homogéneas y de igualdad.

-el segundo ejemplo es la facilitación de la atención de las personas cuya atención sanitaria estaba cubierta por el régimen especial de atención establecido por convenio entre el INSALUD y la Asociación de la Prensa de Madrid por la Clínica de la Concepción, lo que tuvo lugar en 1993. Tanto al convenio citado como a las características peculiares de la Clínica mencionada se ha hecho alusión en apartados previos.

Lo peculiar de la decisión adoptada por la Dirección Provincial del INSALUD de Madrid en 1993 es que aprovechando, las circunstancias en las que se encontraban tanto el convenio con la Asociación de la Prensa como el hospital citado en aquel momento, se adoptó la decisión de facilitar la atención de los pacientes de la Asociación mencionada en dicho hospital. Pero al hacerlo, la atención de dichos pacientes no se incluyó en el marco del concierto que el Insalud ya mantenía con dicha Clínica, lo que hacía al INSALUD usuario obligado de un grupo de las camas hospitalarias del centro, en las que se prestaba atención a los pacientes del régimen general de una de las zonas de Madrid cuya gestión se había encomendado a la Clínica. La atención de este nuevo grupo de pacientes pertenecientes a la Asociación mencionada se convenió y financió de manera específica y al margen del concierto general con el INSALUD, en la zona de privados que la propia Clínica había ampliado algún tiempo antes, cuya rentabilización fue uno de los motivos por los que una parte de la plantilla del centro se opuso a (y logró evitar) el traspaso de la plantilla del centro a un nuevo (en su momento) hospital del INSALUD, en concreto el de Alcalá de Henares.

Con ello, no sólo se contribuyó de manera arbitraria a la sostenibilidad económica y la rentabilidad privada de un centro en el que habían sido atendidos diferentes pacientes vinculados de una u otra manera con la cúpula dirigente del Partido Socialista en su momento. Además, se prestó un apoyo injustificado al mantenimiento de formas de protección sanitaria tan diferentes como las que se ponían de manifiesto mediante el uso de dos zonas distintas de un mismo hospital. Y se incrementó de manera innecesaria el gasto sanitario mediante el uso de partidas cuya utilización sólo beneficiaba a una parte restringida de la población, a cambio de mejores condiciones hoteleras y determinadas prioridades en el uso de los recursos del centro, en sentido contrario a la (supuestamente) promovida universalización de la atención.

b.3) Las diferencias en la extensión material de la protección.

Al margen de los aspectos poblacionales de las diferencias en la protección sanitaria a los que se ha hecho referencia en apartados previos, la existencia de sistemas de protección diferentes antes de la LGS determinaba ya que en aquel momento existieran diferencias de cierto significado en el contenido de la protección sanitaria ofrecida bajo cada uno de ellos.

Tales diferencias afectaban en algunos casos a la financiación de la cobertura. El mejor ejemplo de ello era la distinta regulación que se había hecho y se venía aplicando

en términos de copagos por la prestación farmacéutica en el régimen general de protección y en el específico de la Mutualidad de Funcionarios del Estado (MUFACE): en el primero, en general, las personas en situación de alta en la Seguridad Social (aquéllas con contrato laboral en activo y sus beneficiarios) debían aportar el 40% del precio de venta al público (PVP) de los medicamentos prescritos y dispensados; por su parte, los pensionistas de una u otra naturaleza, no sólo los jubilados, estaban exentos de cualquier aportación. Por el contrario, en el régimen espacial de MUFACE, la aportación, del 30% del PVP, es igual para unos y otros.

Siendo ésa una diferencia sustancial, cuya supresión se sigue demandando todavía ahora por algunos colectivos de pensionistas de MUFACE incluso de manera creciente, porque todavía ahora perdura, no se trata de la única diferencia existente. La cuestión añadida es que, en parte como consecuencia de esas diferencias en la aportación económica de unos y otros tipos de cobertura, pero no sólo por ello, se producen también diferencias significativas en el acceso a algunas de las prestaciones sanitarias cubiertas, que derivan a su vez en consecuencias sanitarias distintas por el distinto acceso a esos medios:

-Ocurre así en el caso de los medicamentos: un análisis reciente del gasto en medicamentos de los colectivos de activos y pensionistas de MUFACE (García Marco, 2007) permitía demostrar déficits per cápita notorios en medicación de consumo crónico imprescindible para la supervivencia en determinados tipos de patologías (cardiovasculares, incluyendo la hipertensión arterial; enfermedades metabólicas, como la diabetes; del aparato digestivo o de la sangre, y antineoplásicos), e igualmente de medicamentos genéricos, por los pensionistas de MUFACE; por el contrario, para el mismo grupo, se observaban excesos de consumo de fórmulas magistrales y antibióticos, sugiriendo su uso indebido, de antidepresivos, o de antiinflamatorios del tipo de los coxibes.

En el estudio citado, las pautas de prescripción y consumo inadecuadas que se derivan de esos análisis, con potenciales efectos nocivos para la salud, se ponen en relación con la disponibilidad en el régimen de MUFACE de especialistas de acceso directo y honorarios “por acto médico”. Éstos son proclives a prescribir e inducir la demanda de medicamentos de autorización más reciente, y habitualmente, y como consecuencia, más costosos (algo que también parece observarse en modelos no coordinados bajo el régimen general, como es el caso de las empresas “colaboradoras”), y su actividad prescriptora no considera los copagos de los pacientes. Por su parte, bajo

ese régimen, los procesos de visado y facturación de esos medicamentos, que resultan atomizados, costosos y paralelos a los establecidos en el SNS, no posibilitan descuentos en farmacias ni evitan iatrogenias.

-Pero ocurre también en el caso de la aplicación de otras técnicas diagnósticas o terapéuticas, en especial en aquellas que por su bajo coste relativo de implantación permiten la generalización de su uso en el ámbito de la actividad privada. Un excelente ejemplo de ello son las técnicas de reproducción humana asistida, cuyo desarrollo inicial en España coincidió precisamente con el período que se está analizando¹⁴⁹.

En el ámbito del régimen general del SNS, la aplicación de estas técnicas se vió sometida a las mismas limitaciones iniciales de recursos, y posteriormente a los mismos mecanismos de ordenación de una demanda que supera las disponibilidades de solución inmediata, las listas de espera, que cualquier otra técnica o procedimiento sanitario. Tales limitaciones no existían en el ámbito de MUFACE, en los que la atención en éste y en otros campos se presta, bajo la cobertura de compañías aseguradoras privadas concertadas con la Mutualidad que, más aún en aquel momento, no disponían de medios propios, por clínicas privadas de otra propiedad concertadas con las compañías correspondientes. Estas clínicas obtienen también sus réditos por actividad realizada, lo que produce el mismo efecto en términos de indicación de los procedimientos que aplica que el que se ha descrito para la prescripción de medicamentos por los médicos especialistas de acceso directo que cobran por acto médico. Y aún se puede suponer que ese efecto es todavía mayor, porque la clínica correspondiente es en estos casos la receptora directa de los beneficios derivados de su indicación.

En esta situación, lo observado al cabo de pocos años por las compañías aseguradoras fue que la incidencia de la aplicación de las técnicas de reproducción asistida para mujeres cubiertas bajo el régimen de MUFACE era, para grupos de la misma edad, de los que no cabía suponer una incidencia de patologías básicas diferentes a las de la población general, muy superior a la observada bajo el régimen general de protección, en especial la repetición de nuevos intentos en una misma mujer tras un fracaso anterior . Siendo los resultados en términos de éxito reproductivo similares a los que se pueden observar en los grupos generales de población, y siendo a su vez esos resultados menos favorables a medida que los intentos se repiten, tal repetición no

¹⁴⁹ La primera Ley española de reproducción humana asistida, que abrió el campo al uso general de estas técnicas, en particular la fecundación in vitro (FIV) y sus modalidades, es de 1988.

resulta inocua para la mujer que los soporta, pues cada intento conlleva tratamientos hormonales intensos con efectos secundarios nocivos diversos.

En esas condiciones, en 2001, observada esa situación por las compañías privadas de seguro sanitario concertadas con MUFACE, que resultaban pagadoras de esas prácticas ilimitadas, las compañías demandaron de la propia Administración de la Mutualidad la fijación de ciertos límites a los tratamientos de reproducción asistida bajo ese régimen. Esta solicitud finalmente concluyó en 2002 con el establecimiento consensuado por un grupo de expertos de protocolos de actuación que limitaban en número de intentos cubiertos bajo la cobertura del régimen de MUFACE de este tipo de tratamientos (MUFACE, 2002). (Esta guía ha ido modificada y renovada en 2007).

Esas situaciones no constituyen una excepción en la literatura científica relacionada con el análisis de la práctica médica, en especial en la desarrollada en los últimos años: en España ha aparecido en 2005 una publicación patrocinada por el Gobierno de Aragón cuyo objeto es el estudio de las variaciones que se observan en la practica médica¹⁵⁰ frente a patologías similares, incluso en el ámbito de un mismo país y bajo un mismo régimen de protección. Aunque los factores causales de tales diferencias son en la mayoría de los casos diversos y confluyentes, uno de los contribuyentes a esas diferencias observado desde hace mucho tiempo en otros países es, en la línea de lo comentado más arriba, la asociación significativa entre las indicaciones de diagnóstico o tratamiento realizadas y los sistemas de pago a los médicos o, de otra forma, la cobertura sanitaria de la que goza cada paciente sometido a una misma situación médica.

Tales consideraciones resultaron, sin embargo, ajenas a la dinámica impresa a las acciones (no) desarrolladas en el período más inmediato a la promulgación de la LGS en cuanto a la convergencia prevista de los sistemas de protección sanitaria; una convergencia que, como se ha indicado, no se ha traducido siquiera todavía en el momento actual en la unificación de los diferentes sistemas existentes en un régimen común de protección, al menos en cuanto a su contenido material.

Las únicas referencias a dicho contenido entre 1986 y 1996 pueden considerarse las siguientes:

¹⁵⁰ VPM. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. (2005). Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. Se trata de una publicación periódica de la que han aparecido hasta ahora seis números, cada uno de ellos centrado en una práctica médica concreta.

-la primera, algunas de las recomendaciones realizadas por la denominada “Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud” (más conocida por Comisión Abril, por el nombre de quien la presidió, Fernando Abril Martorell, que había sido vicepresidente de los Gobiernos de la UCD y persona clave de la transición democrática española) en 1991¹⁵¹.

¹⁵¹ La Comisión fue creada por acuerdo adoptado el 4 de junio de 1990 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, bajo el mandato ministerial del ministro socialista de Sanidad Julián García Vargas, en cumplimiento de una Proposición no de Ley del grupo parlamentario del Centro Democrático y Social (CDS, sucesor de la UCD) aprobada por el Pleno de Congreso de los Diputados en su sesión de 13 de febrero de 1990.

De ella formaron parte, además de su Presidente, el economista Enrique Costas Lombardía, al que se ha hecho ya referencia en el apartado anterior, como Vicepresidente, y el también profesor de Economía Juan José Artells, en la actualidad director de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, patrocinada por el laboratorio farmacéutico Novartis, como Secretario más nominal que efectivo. Como Vocales participaron en ella los también economistas Lluís Bohigas y Antonio García de Blas; Rafael Alonso Pedreira, el director de la Policlínica de Vigo (POVISA), un centro concertado con la Seguridad Social; Antonio García Borrego, un consultor radicado en Cataluña, y los médicos Carmen Martínez Aguayo, por entonces una especialista en Medicina Familiar y Comunitaria que iniciaba su carrera profesional, y José María Segovia de Arana, antiguo director de la Clínica Puerta de Hierro, que había sido Secretario de Estado de Sanidad con la UCD, al que se ha hecho también referencia anterior como creador de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria durante su mandato de gobierno.

La Comisión, conforme al acuerdo del Consejo Interterritorial antes citado, cifró sus objetivos en:

1.-“*Analizar la estructura, la organización y el funcionamiento del Sistema Nacional de salud en relación con la calidad, la equidad y la eficiencia, incluyendo para ello tres grandes grupos de actividades: -Gestión y financiación del Sistema, - Servicios asistenciales y -Salud Pública.*

2.-“*Considerar las posibles situaciones del Sistema nacional de salud en los previsibles escenarios económicos y sociales de España en un futuro próximo.*

3.-“*Proponer medidas de mejora del Sistema Nacional de Salud, incluídos el método y el ritmo de llevarlas a la práctica*”.

Para el desarrollo de esos objetivos la Comisión recibió el apoyo de subcomisiones o grupos de trabajo constituídas en las áreas de Economía del Sistema (Gestión y Financiación); Personal sanitario asistencial; Hospitales, asistencia ambulatoria y tecnología médica; Asistencia Primaria; Salud Pública; Prestación Farmacéutica; Oferta Asistencial Privada y Atención sanitaria y Social.

Además, llevó a cabo entrevistas con todos los consejeros autonómicos y cargos del Mº de Sanidad, recabó informes de numerosos organismos y entidades públicas y privadas (incluídas numerosas sociedades científicas), así como de diferentes asesores nacionales y extranjeros. Llevó a cabo visitas a los sistemas sanitarios de Reino Unido, Suecia y Alemania. Y encargó la realización de una encuesta sobre el grado de satisfacción de los ciudadanos españoles con el sistema sanitario al profesor norteamericano de la Universidad de Harvard Robert Blendon, que la llevó a cabo en paralelo a las que realizaba en otros diez países desarrollados, cuyos resultados sometió posteriormente a comparación (Blendon, 1990; 1991).

La labor de la Comisión se concretó en un informe con recomendaciones que se entregó en Julio de 1991 al siguiente Ministro de Sanidad, Julián García Valverde, quien a su vez hizo entrega y presentación del mismo al Consejo Interterritorial, sin que los análisis ni las recomendaciones que se realizaban en el informe, dotadas de su propio sesgo específico en relación con su constitución y su composición, fueran motivo de mayor debate ni compromiso posterior.

Visto de manera retrospectiva, lo que llama más la atención de ese proceso es el encargo del informe e incluso la composición de la Comisión, en la que tuvieron presencia principal personas vinculadas al grupo, entonces en franca minoría parlamentaria, que había formulado la propuesta para su constitución, tan solo tres años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad, supuestamente la norma originaria de constitución del Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, desde su origen hasta las recomendaciones que llevó a cabo, sus tareas se centraron en buena parte en cuestiones organizativas y financieras del Sistema sobre las que, pese a ser de gran relevancia, e incluso determinantes para la organización del Sistema, la propia LGS no había alcanzado ningún grado de debate político significativo, y mucho menos de precisión. En todo caso, de ser ciertas las virtudes políticas atribuídas desde el Partido Socialista a la LGS tras su aprobación, lo propio del período analizado habría sido un

El sesgo económico que caracterizó a buena parte de los análisis y sobre todo las recomendaciones contenidas en el informe de la Comisión citada se pusieron de manifiesto de manera muy expresa en las relativas a la “Farmacia” (según el título dado en el propio informe al apartado relativo a la prestación farmacéutica), que llevan los números 48 a 52 de las recomendaciones citadas. De entre ellas, la que adquirió mayor relieve incluso entre las de la totalidad del informe, fue la 48, en la que se indicaba que *“la regla general debería ser la participación en el coste, aplicando como excepción las ayudas específicas a los grupos que se consideren convenientes por razones de equidad. En el caso de pensionistas institucionales, sería requisito indispensable incrementar la pensión en análoga cuantía de forma simultánea, ya que el objetivo de la medida no tiene carácter recaudatorio, sino de concienciación del coste y eliminación del fraude”*. A lo que se añadía en la recomendación 50 que *“si por razones de oportunidad política no se estimase conveniente generalizar la participación en el coste, debería analizarse la posibilidad de sustituir la exención actual por el pago, con reembolso a posteriori del 40%”*.

Las recomendaciones citadas, que centraban el análisis en el comportamiento de los pacientes, y no en los prescriptores, provocaron la reacción inmediata de los pensionistas del régimen general, y dejaron fuera del punto de observación las diferencias cualitativas existentes con otros regímenes de protección, a cuya unificación no se hacía referencia en el informe. En ausencia de ningún compromiso político con el informe, las razones de “oportunidad política” a las que se aludía en esas mismas recomendaciones contribuyeron a poner cualquier modificación de los copagos farmacéuticos, y su homologación en esos diferentes regímenes, fuera del ámbito de actuación posible en los años siguientes.

-la segunda ocasión en la que se tocó de una u otra manera la homologación del contenido material de la protección fue la promulgación del Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, por el que se establecieron las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a Decreto citado, lo primero que hay que decir es que la publicación de una norma con ese contenido resultó inédita en comparación con otros sistemas

desarrollo efectivo de la Ley, y habría resultado innecesario constituir una Comisión como la citada y más aún atribuirle funciones de interlocución política que se deberían haber llevado a cabo antes de la aprobación de la Ley.

sanitarios “universales” con las características propias de los “servicios nacionales de salud” (Conde, 1995).

Este tipo de sistemas sanitarios se caracterizan por ofrecer de manera amplia la totalidad de los servicios y prestaciones disponibles en el propio país. La pormenorización de intervenciones y actos que se pueden llevar a cabo bajo la cobertura pública como forma de controlar la expansión del gasto sanitario es propia de los sistemas de Seguridad Social, que especifican de manera restrictiva su “póliza” de una manera similar a como lo hacen los seguros privados, e incluyen en la mayoría de los casos sistemas de pago retroactivo de la actuaciones llevadas a cabo por profesionales y centros ajenos al propio sistema, tras la comprobación de que tales actuaciones están incluidas en el ámbito de la “póliza” de protección.

Los “servicios nacionales de salud” de los que el paradigma, como se ha repetido muchas veces, era el NHS inglés, disponen de centros propios, en los que se dan cuantas prestaciones están disponibles, mediante los medicamentos y la tecnología que resulta accesible al servicio de salud correspondiente. El “racionamiento” de esos recursos se hace mediante dos mecanismos complementarios: una distribución de los recursos entre los centros (lo que ahora conocemos como “cartera de servicios” de cada centro) que estimule su uso eficiente a la vez que contribuya a lograr la equidad en el acceso a esos recursos, y unos sistemas de compras que favorezcan los intereses del Servicio en la relación económica con los proveedores de dichos recursos, de manera que se obtenga una adecuada relación coste-beneficio de los mismos. Lo que, desde un punto de vista teórico, exigiría la valoración previa de esa relación antes de incorporar cada nuevo producto, una condición que resulta más una aspiración enunciada que un logro alcanzado por cualquier servicio de salud.

La limitación de los logros obtenidos en ese tipo de valoraciones, y más aún la demora en lograr la demostración de los beneficios añadidos que se pueden lograr mediante los nuevos productos, para cuya incorporación presionan de manera potente y eficaz los fabricantes de esos nuevos productos, es una razón principal para determinar que de las estrategias de control de costes por parte de los servicios nacionales de salud formen parte principal también la elaboración de “protocolos” y guías de actuación que orienten los comportamientos de los profesionales del propio Servicio en el uso de los productos, tanto los nuevos como los de uso más acreditado¹⁵². Se trata de compensar

¹⁵² Un ejemplo de esa clase de actividad son las guías elaboradas por el NICE (National Institute of Clinical Excellence) inglés.

mediante ellos la influencia que ejercen sobre los profesionales los propios fabricantes, una realidad sobre cuya existencia no parece posible establecer ninguna duda en el momento actual¹⁵³.

En ese contexto, la utilidad de una norma como el Real Decreto mencionado puede ponerse en cuestión. De hecho, en la redacción de la norma resultó imposible pormenorizar las prestaciones del Sistema más allá de las grandes áreas de actividad¹⁵⁴, sin posibilidad de definir de manera más precisa qué actuaciones y productos cabía utilizar en el ámbito del Sistema Nacional de Salud. Por otra parte, la norma citada no se complementó con el desarrollo adecuado de protocolos y guías en la línea indicada. Y la tendencia repetidamente descrita a la fragmentación de los sistemas de compras en el SNS no ya por CCAA, sino incluso por centros, contribuyó a facilitar las estrategias de introducción diferenciada de los nuevos productos en el Sistema mediante la facilitación inicial de los nuevos recursos a CCAA o centros determinados, de manera que se generalizase luego la demanda por la vía de la emulación.

En todo caso, siendo esos los efectos más generales, cabe añadir que la norma resultó aún más ineficaz de cara a la generalización de sus previsiones a un Sistema como el existente en España, que continuaba incluyendo sistema de gestión diferentes, entre ellos de manera destacada las Mutualidades de funcionarios, a cuyos asegurados no adscritos a recibir asistencia sanitaria de la SS se incluía de forma expresa entre los colectivos a los que correspondería reclamar a terceros obligados al pago (las propias Mutualidades) el importe de las prestaciones que les fueran realizadas a través de centros del SNS (Anexo II del Real Decreto 63/1995). Las Mutualidades citadas están constituidas a la manera de los sistemas de seguros sociales, en los que tanto los centros como los profesionales son ajenos a la entidad garante de la prestación. En consecuencia, tanto los abastecimientos de los centros como los incentivos de los profesionales que actúan en ellos son ajenos a la influencia y el control de la entidad

¹⁵³ Esta cuestión está ampliamente tratada en Rey Biel (2005).

¹⁵⁴ Del grado de pormenor que se alcanza en el Decreto, dentro de las grandes áreas de actuación (atención primaria; atención especializada; prestaciones farmacéuticas; complementarias; servicios de información y documentación sanitaria) pueden dar idea algunas de las “precisiones” relacionadas expresamente en el texto, como “*asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica para procesos agudos*” (en atención especializada); “*hemoterapia*”; “*diagnóstico por imagen: radiología general, ecografía, mamografía, tomografía axial computerizada (TAC), resonancia magnética, angiografía y gammagrafía, así como densitometría ósea conforme a los programas de servicios de salud*” (dentro del mismo apartado); “*indicación o prescripción, y la realización en su caso por el médico de atención primaria de las pruebas y medios diagnósticos básicos*” (en ese nivel de atención). Algunas, como la “*prestación ortoprotésica*” (entre las complementarias) fueron objeto de un mayor desarrollo reglamentario más inmediato posterior.

responsable de la cobertura de la prestación. Por el contrario, unos y otros obedecen a sus propios intereses económicos más inmediatos, que ven satisfechos mediante los pagos obtenidos por sus actuaciones. La mejor expresión de las dificultades para controlar las de unos y otros se reflejan en la demanda efectuada por las propias compañías aseguradoras para limitar de manera precisa las prestaciones de reproducción asistida a las que se ha hecho referencia antes, los efectos de cuyo exceso no se refieren sólo al aumento de costes, sino que tienen también las consecuencias sanitarias potenciales que se han comentado.

Todo ello pone de manifiesto la imposibilidad de llevar a cabo la regulación de las prestaciones del Sistema mientras en su seno permanezcan sistemas de protección tan distintos. Y cómo esta cuestión no se tomó tampoco en cuenta en el período más inmediato a la LGS al llevar a cabo esa regulación.

c) El desarrollo de la organización territorial de la sanidad.

En el apartado correspondiente al análisis de las disposiciones y previsiones de la LGS respecto a esta cuestión he resaltado ya de manera expresa que el principal problema de la norma básica citada en lo que se refiere a este aspecto es la carencia de definición de un modelo organizativo territorial preciso del Sistema Nacional de Salud, cuya denominación y constitución formal son una creación original de la propia Ley.

En ausencia de un modelo regulado en la norma, al menos en sus aspectos más generales, por no decir en lo relativo a su desarrollo temporal, las decisiones de gobierno de distinta naturaleza adoptadas en el período inmediatamente posterior a la LGS, que es el que se está analizando, se convirtieron de hecho en el proceso constituyente del Sistema Nacional de Salud.

Las decisiones a las que se va hacer referencia en este apartado son las relativas a tres ámbitos diferentes: en primer lugar, los trasposos de las competencias en materia de asistencia sanitaria a un número restringido de CCAA; en segundo lugar, la constitución de los servicios autonómicos de salud, cuya suma definía, según los términos de la Ley, el propio Sistema; y, por último, la constitución de los instrumentos de coordinación imprescindibles en un sistema descentralizado en su gestión, y en especial del órgano llamado a ejercer la coordinación en el Sistema, al que la propia Ley atribuyó, como ya se ha indicado, el nombre de Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de salud.

c.1) Los traspasos de la asistencia sanitaria a las CCAA en el período 1986-1996.

En apartados anteriores y en otros trabajos previos ampliamente citados (Rey del Castillo, 1998) se han descrito las características más generales de los traspasos de competencias sanitarias a las CCAA. Para ello, se han distinguido tres grupos de competencias sanitarias: las que se pueden reunir bajo el concepto de “Salud Pública” y sus servicios correspondientes; las de la “Administración Institucional al servicio de la Sanidad Nacional” (AISNa), que reunía principalmente a un grupo específico de centros sanitarios, tanto hospitalarios como extrahospitalarios, originalmente dedicados a la atención por separado de ciertas enfermedades, principalmente infecciosas; y, por último, las de la asistencia sanitaria “de la Seguridad Social”.

Si desde un punto de vista descriptivo, y con arreglo al calendario de traspasos al que se refiere el cuadro 1, cabe decir que los de las competencias de los dos primeros grupos estaban casi cerradas por completo antes de la promulgación en 1996 de la Ley General de Sanidad, ocurría lo contrario con las de la asistencia sanitaria. Ésta había sido objeto de un traspaso restringido a sólo dos CCAA, la catalana, en 1981, y la andaluza en 1984¹⁵⁵. En ambos casos los traspasos se hicieron sin reglas previas que orientasen los mecanismos y fórmulas y sobre todo los cálculos económicos para determinar la cuantía de los traspasos, y sin que tampoco se establecieran de forma previa mecanismos que permitiesen en lo sucesivo el funcionamiento integrado del sistema sanitario cuya gestión se iba sucesivamente traspasando, de manera que el Sistema siguiera siendo un sistema de protección universal y gestión integrada, a pesar de la descentralización progresiva de su gestión.

Como se ha descrito también en el apartado anterior correspondiente, tampoco la LGS resolvió ni una ni otra cuestión, dejando también el calendario, e incluso el horizonte final de los traspasos, a la iniciativa, mediante solicitud, de cada una de las CCAA que pudieran recibir los traspasos. Por su parte, esta misma posibilidad quedaba inicialmente restringida a aquellas CCAA que, bien por pertenecer al grupo de las que

¹⁵⁵ En este momento no hay nadie que discuta que la razón de esas diferencias “por bloques” en el calendario de los traspasos fue principalmente económica. Como recoge Rodríguez Vigil en un texto reciente (Rodríguez Vigil, 2008, p. 143), *“la razón de que se prefiriese iniciar las transferencias sanitarias por ese apartado (el de la salud pública) fue pura y simplemente que el mismo suponía solamente el 10% del gasto público sanitario, mientras que los servicios asistenciales de la Seguridad Social significaban el 90%. Por tanto, mediante una interpretación del texto constitucional fundamentada únicamente en razones de oportunidad política y financiera, la Administración central se aseguró la gestión de la mayor parte del gasto sanitario durante un período de tiempo muy amplio y, sobre todo, mantuvo un importante grado de control sobre el mismo y sobre sus posibles incrementos, que se extendió en alguna medida también a los servicios transferidos a las Comunidades de la llamada vía rápida, cuya presupuestación se acomodaba igualmente al sistema Insalud.”*.

accedieron a la autonomía por la vía prevista en el artículo 151 de la Constitución, básicamente las conocidas (de manera inadecuada) como “históricas” (el País Vasco más Cataluña, que ya había recibido el traspaso), o por incluir entre las competencias asumibles por cada CA con arreglo a su propio Estatuto las de la asistencia sanitaria “de la Seguridad Social” (además de Andalucía, Galicia, Navarra, Valencia y Canarias, estaban habilitadas para recibir los traspasos en esa materia) tenían abierta esa posibilidad sin ninguna otra actuación previa diferente a la propia negociación del traspaso.

Esta especial posición frente a los traspasos de la asistencia sanitaria se debía a que, lo mismo que en los casos de Cataluña y Andalucía, tanto en el caso del País Vasco como en los de Galicia, Navarra y Valencia figuraba en su Estatuto original correspondiente (todos ellos aprobados antes de 1982) una cláusula en la que se indicaba que “*En materia de Seguridad Social corresponderá a (cada una de ellas)...b) la gestión del régimen económico de la Seguridad Social*”. Sólo en el caso de Galicia se le añadía a esa cláusula la especificación de que tal competencia se ejercería “*sin perjuicio de la Caja Única*”.

Por su parte, Canarias, que carecía de una cláusula similar en su Estatuto, incluía, sin embargo, otra que establecía la competencia autonómica para la “*Ejecución de los servicios de la Seguridad Social*”, a lo que acompañó de una Ley Orgánica, la 11/1982. En esta última se establecían los límites del ejercicio de tal competencia, del cual debería suministrar la información que se requiriese por la AGE sobre la gestión del servicio, que no podría “*introducir desigualdad entre los individuos o grupos, ni ir contra la solidaridad individual o colectiva de los españoles*”. La Ley orgánica citada añadía otra cláusula conforme a la cual “*en caso de incumplimiento de los requisitos anteriores (de información y solidaridad) el Estado advertirá formalmente de ello a la Comunidad, y si ésta mantiene su actitud, el Gobierno podrá suspender a partir de los tres meses las facultades y servicios, dando cuenta de ello a las Cortes Generales, quienes resolverán la procedencia de la decisión del Gobierno, levantando la suspensión o acordando la revocación de la facultad transferida*”.

Recordar la razón y la competencia invocada para hacer efectivos los traspasos de la asistencia sanitaria, unos y otros establecidos de manera previa al primer gobierno del PSOE y, por supuesto, a la LGS, permite de entrada aportar un argumento adicional al criterio de que considerar que la asistencia sanitaria forma parte de la competencia “sanidad”, con todas las consecuencias que ello tiene, constituye una pirueta ideológica

de difícil justificación jurídica, por más que a estas alturas del proceso sea difícil, si no imposible, de revocar.

Además, la comprobación de los criterios formales por los que se efectuaron los traspasos de la asistencia sanitaria durante el período 1986-1996 a las CCAA citadas permite confirmar que las razones de esos traspasos fueron, como se ha indicado en la nota anterior, fundamentalmente de carácter económico y vinculadas a la importancia financiera de esa parte de las actuaciones sanitarias. De hecho, el traspaso más tardío en esta fase fue el realizado a Canarias, precisamente la CA que no hacía constar en su Estatuto la competencia de la gestión del régimen económico de la Seguridad Social

Esas mismas razones económicas, sobre la base de la suposición (luego no comprobada) de que la limitación de los traspasos permitiría un mejor control del gasto sanitario a través del INSALUD no transferido, fueron probablemente las determinantes de que durante el período analizado no se planteara la posibilidad de que las diez CCAA restantes pudieran recibir el traspaso de la asistencia sanitaria, previa la modificación de su Estatuto de autonomía en cada caso: de hecho, y salvo el caso de Aragón, que modificó su Estatuto en 1994 incluyendo en el mismo la posibilidad de recibir el traspaso de la “*gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social*”¹⁵⁶, las restantes CCAA no efectuaron esa modificación para abrir camino a los traspasos hasta 1998, ya con Gobierno del PP. Entre ese año y el siguiente las diez CCAA que no habían recibido esos traspasos modificaron sus Estatutos de autonomía, un proceso que culminó con el traspaso simultáneo del INSALUD a esas diez CCAA en diciembre de 2001. Este traspaso general final, como se ha indicado en otros análisis previos (Rey del Castillo, 2002a) y se comenta más adelante, obedeció también a causas económicas, en ese caso el cierre de un nuevo modelo de financiación autonómica, para el que era necesaria la gestión universal de la asistencia sanitaria por las CCAA.

Ese bloqueo siquiera de los planteamientos previos a hacerse cargo de la asistencia sanitaria permite poner en cuestión, al menos parcialmente, que el modelo de desarrollo de la LGS estuviera realmente abierto a la iniciativa de las CCAA. Aunque formalmente era así, el bloqueo de hecho se produjo porque el Partido Socialista en el Gobierno de la nación no incluía entre sus prioridades, ni siquiera tras la promulgación de la LGS, que no definió el modelo, el desarrollo del sistema sanitario. Por su parte,

¹⁵⁶ Esa modificación estatutaria se produjo durante un breve y transitorio período de gobierno del PSOE en Aragón, tras una moción de censura que hizo caer un gobierno del PP aliado con el Partido Aragonés Regionalista, que pasó a gobernar con el PSOE. Las elecciones siguientes devolvieron de nuevo el gobierno al PP.

las CCAA que no habían recibido el traspaso, buena parte de ellas encabezadas por gobiernos socialistas, carecían de otra iniciativa en este campo que no estuviera guiada por la demanda de mayores recursos, y en todo caso, en ausencia de un modelo definido en el seno del propio partido, carecían de la capacidad política necesaria para superar los criterios del gobierno central socialista, guiado sobre todo por sus ministerios económicos y orientado al control del gasto sanitario. Estos criterios primaron sobre la posibilidad abierta por una Ley orgánica de 1982, la 9, de 23 de diciembre, de ampliación de competencias a las CCAA que accedieron a la autonomía por la vía del artículo 143 de la Constitución, de cuyo texto fueron expresamente excluidas las competencias en asistencia sanitaria.

Pero si las razones económicas de los traspasos son evidentes, es igualmente evidente la ausencia de cualquier modelo razonable de organización de la asistencia sanitaria que se pueda derivar del calendario y la forma en la que se efectuaron los traspasos en el período analizado, el inmediato a la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad.

Que la perspectiva de los traspasos de la asistencia sanitaria no incluía de manera principal el desarrollo de un sistema sanitario equitativo, armónico y solidario lo pone también de manifiesto que las condiciones económicas de los traspasos fueron diferentes en cada caso. Lo que predominaron, tanto en la valoración económica inicial de los traspasos como en la aplicación o no de los períodos de adaptación a los criterios de financiación establecidos en la Ley General de Sanidad, a los que se alude en el apartado siguiente, fueron los criterios de afinidad política con el gobierno central en cada caso. De hecho, la CA que salió más perjudicada en la valoración inicial en este período fue la gallega. Por su parte, las CCAA andaluza o valenciana, esta última en aquel período también con gobierno socialista, se beneficiaron de la aplicación de unos criterios de adaptación a la financiación establecida más beneficiosos para ellas. Unos y otros datos se pueden observar en la Tabla 7.

El propio calendario de los traspasos de la asistencia sanitaria a las CCAA que los recibieron en este plazo contribuye también a sugerir que las razones predominantes en los traspasos fueron las económicas: no en vano, una vez traspasados esos servicios a la responsabilidad de cada una de las CCAA, los recursos económicos traspasados como consecuencia del traspaso sanitario pasaban a constituir una proporción sustancial, habitualmente mayoritaria, en unos márgenes que oscilaban entre el 35 y el 40% del presupuesto global de cada una de ellas.

En ese contexto, el calendario de traspasos demuestra que con ellos se establecieron preferencias, de manera que resultasen no sólo más beneficiadas, sino también que lo fueran antes en el tiempo, las CCAA con un mayor grado de afinidad política:

- Valencia, que recibió el traspaso en 1987, lo hizo cuando todavía mantenía allí el gobierno autónomo el Partido Socialista;

- el traspaso al País Vasco en el mismo año tuvo lugar durante el único período de gobierno de coalición que ha habido en aquel territorio entre el PNV y el Partido Socialista, en el que, además, la cartera de Sanidad la desempeñó el consejero socialista José Manuel Freire;

- el traspaso a Navarra, que tuvo lugar en 1991, se hizo también bajo mandato del PSOE en aquel territorio;

- a Galicia, donde venía gobernando habitualmente el PP, que recibió el traspaso en el mismo año, se le aplicó el trato más menos favorable en los cálculos financieros al que se hecho referencia más arriba.

- por su parte, Canarias, cuyo soporte legal para el traspaso era menos expreso, no recibió el traspaso con los gobiernos autonómicos previos del PSOE, sino tan sólo al final de este período, durante la legislatura que comenzó en 1993. En ésta, el PSOE dejó de disponer de mayoría absoluta en el gobierno central, por lo que precisó del apoyo de partidos nacionalistas para llevar a cabo su gestión de gobierno, entre otras cosas, la aprobación de los presupuestos anuales. Entre esos partidos se encontraba Coalición Canaria, que había accedido al gobierno autónomo en las elecciones de ese nivel. Ese conjunto de circunstancias fue el determinante para que el traspaso a esa CA tuviera finalmente lugar en 1994.

Pero los criterios de afinidad política puestos en práctica en los traspasos durante este período no contribuyeron de manera adecuada a la constitución de un sistema público, equitativo y universal de protección, que debía haber sido la tarea primordial del período más inmediato a la promulgación de la Ley que supuestamente sentaba las bases para esa constitución.

c.2) La constitución de los servicios autonómicos de salud.

En el apartado II.5.b.3) anterior se han analizado precisamente las previsiones de la LGS para la constitución del denominado a partir de la Ley “Sistema Nacional de Salud”. En ese capítulo se han puesto de manifiesto las deficiencias de las que, de cara a

poner en marcha el “Sistema” permitiendo a la vez la descentralización de su gestión, contenía la norma citada.

Sin embargo, y puesto que ése era el objetivo principal de la Ley, en el apartado citado se obviaron los comentarios sobre las previsiones que la propia Ley establecía para la constitución de cada uno de los servicios autonómicos de salud.

Como en otros casos, la reproducción literal de la LGS en lo referido a esta cuestión es la mejor forma de permitir un análisis de las previsiones establecidas en la Ley a estos efectos y, sobre todo, establece las bases para considerar su desarrollo posterior, en especial en el período más inmediato a la promulgación de la norma. Las disposiciones citadas son las siguientes:

“CAPITULO II

De los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas

Artículo cuarenta y nueve

Las Comunidades Autónomas deberán organizar sus Servicios de Salud de acuerdo con los principios básicos de la presente Ley.

Artículo cincuenta

1. En cada Comunidad Autónoma se constituirá un- Servicio de Salud integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y cualesquiera otras Administraciones territoriales intracomunitarias, que estará gestionado, como se establece en los artículos siguientes, bajo la responsabilidad de la respectiva Comunidad Autónoma.

2. No obstante el carácter integrado del Servicio, cada Administración Territorial podrá mantener la titularidad de los centros y establecimientos dependientes de la misma, a la entrada en vigor de la presente Ley, aunque, en todo caso, con adscripción funcional al Servicio de Salud de cada Comunidad Autónoma.

Artículo cincuenta y uno

1. Los Servicios de Salud que se creen en las Comunidades Autónomas se planificarán con criterios de racionalización de los recursos, de acuerdo con las necesidades sanitarias de cada territorio. La base de la planificación será la división de todo el territorio en demarcaciones geográficas, al objeto de poner en práctica los principios generales y las atenciones básicas a la salud que se enuncian en esta Ley.

2. La ordenación territorial de los Servicios será competencia de las Comunidades Autónomas y se basará en la aplicación de un concepto integrado de atención a la salud.

3. Las Administraciones territoriales intracomunitarias no podrán crear o establecer nuevos centros o servicios sanitarios, sino de acuerdo con los planes de salud de cada Comunidad Autónoma y previa autorización de la misma.

Artículo cincuenta y dos

Las Comunidades Autónomas, en ejercicio de las competencias asumidas en sus Estatutos, dispondrán acerca de los órganos de gestión y control de sus respectivos Servicios de Salud, sin perjuicio de lo que en esta Ley se establece.

Artículo cincuenta y tres

1. Las Comunidades Autónomas ajustarán el ejercicio de sus competencias en materia sanitaria a criterios de participación democrática de todos los interesados, así como de los representantes sindicales y de las organizaciones empresariales.

2. Con el fin de articular la participación en el ámbito de las Comunidades Autónomas, se creará el Consejo de Salud de la Comunidad Autónoma. En cada Área, la Comunidad Autónoma deberá constituir, asimismo, órganos de participación en los servicios sanitarios.

3. En ámbitos territoriales diferentes de los referidos en el apartado anterior, la Comunidad Autónoma deberá garantizar una efectiva participación”.

En cuanto al plazo para la constitución de los servicios de salud de las CCAA, en el apartado 2 de la Disposición transitoria de la Ley se especifica que “*las Comunidades Autónomas deberán acordar la creación, organización y puesta en funcionamiento de sus Servicios de salud en el plazo máximo de doce meses, a partir del momento en que quede culminado el proceso de transferencias de servicios que corresponda a sus competencias estatutarias*”.

A este respecto hay que recordar que, conforme a los redactados de sus respectivos Estatutos de autonomía, la mayoría de las CCAA no contaban con la capacidad reconocida mediante el título referido a la gestión del régimen económico de la Seguridad Social de asumir las competencias en materia de asistencia sanitaria de ésta. De la lectura de ese precepto parece que se debe deducir en consecuencia que la Ley no establecía como condición para la constitución de un servicio autonómico de salud que la CA que pasara a constituirlo dispusiera o no del traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Los centros de ésta constituían, sin embargo, como se ha repetido, la red asistencial más potente, a la vez que la entidad gestora de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, el INSALUD, constituía de hecho el sostén económico de los centros públicos asistenciales de otra dependencia, e incluso de

algunos privados, mediante el sistema de concierto que mantenía con un número muy amplio de ellos.

Lo único que cabe añadir al respecto es el recordatorio de la previsión contenida en la disposición transitoria primera de la Ley, ya comentada al hablar de la integración de las redes hospitalarias, conforme a la cual *“la adscripción funcional a que se refiere el artículo 50.2 de la presente Ley se producirá en la misma fecha en que queden constituidos los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Desde este instante, las Comunidades Autónomas financiarán con sus propios presupuestos el coste efectivo de los establecimientos y servicios que queden adscritos a sus Servicios de Salud”*.

En esas condiciones, la redacción del último párrafo de la disposición transitoria citada parece particularmente confusa, pues constituido un servicio de salud por una CA que no dispusiera del traspaso de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, no cabe imaginar de qué vía presupuestaria podría disponer la CA correspondiente para hacerse cargo del *“coste efectivo de los establecimientos y servicios que queden adscritos a sus Servicios de Salud”*.

Las dudas que pudieran suscitar las disposiciones citadas quedaron resueltas en la práctica por la vía de los hechos, precisamente en el período que se está analizando. En el cuadro 13 siguiente se exponen el momento y la norma mediante los que se constituyeron los diferentes servicios autonómicos de salud. En el cuadro se resalta también mediante sombreado los casos en los que la constitución de los servicios de salud correspondientes a cada una de las CCAA se llevó a cabo sin haber recibido previamente los traspasos de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Esa situación era la que se daba en una amplia mayoría de ellas (por orden cronológico, País Vasco, Navarra, Madrid, Galicia, Aragón, Murcia, La Rioja, Asturias, Baleares, Castilla-León y Canarias) cuando constituyeron sus servicios de salud.

En ese sentido no existen tampoco diferencias entre los casos en los que la constitución del servicio de salud correspondiente tuvo lugar antes de la promulgación de la LGS y aquéllos en los que tal constitución mediante la norma correspondiente fue posterior a la promulgación de esa Ley; por lo que queda claro que la LGS tampoco estableció ninguna previsión efectiva que permitiera acotar esta cuestión, en la que algunas CCAA habían tomado ya sus propias iniciativas.

A la inversa, no puede tampoco deducirse que la recepción de los traspasos de la asistencia sanitaria constituyese por sí mismo un estímulo para la constitución de los

servicios de salud correspondientes, lo que constituye un incumplimiento más de lo previsto en la Ley: Andalucía tardó dos años tras recibir el traspaso en constituir formalmente su Servicio Andaluz de Salud (SAS). Y Cataluña aún más: el período transcurrido en este caso entre la recepción del traspaso y la constitución del Servicio Catalán de la Salud (SCS)¹⁵⁷ fué de nueve años. Sólo la Comunidad Valenciana constituyó su servicio de manera inmediata al traspaso.

Cuadro 13. Fechas de constitución de servicios de salud autonómicos.

Antes de LGS (1986)	1987 - Junio 1990	Julio - Dic. 1990	1991 - 1995
Pais Vasco (Ley 10/1983, de 19.05)	Comunidad Valenciana (Ley 8/1987, de 04.12)	Cataluña (Ley 15/90, de 9.07)	La Rioja (Ley 4/91, de 25 .03)
Navarra (Decreto Foral 43/84, de 16.05)	Galicia (Ley 1/89, de 02.01. Modif. Ley 4/91, de 02.01)	Navarra (Ley 10/90, de 23.12)	Asturias Ley 1/92, de 2.07)
Madrid (Ley 9/1984, de 30.05)	Aragon (Ley 2/89, de 21.04)		Baleares (Ley 4/92, de 15.07)
Andalucia (Ley 8/1986, de 6.05)	Murcia (Ley 2/90, de 5.04)		Castilla-León (Ley 1/93, de 6.04)
			Canarias (Ley 11/94, de 26.07)

Por otra parte, como era previsible a la luz de las circunstancias descritas, en todos los casos en los que la CA correspondiente adoptó la iniciativa de crear su servicio autonómico de salud sin disponer del traspaso ni la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, la previsión respecto a la financiación de los centros integrados en el servicio de salud respectivo, siquiera funcionalmente, por la CA creadora de éste quedó sin efecto alguno. Tal financiación siguió siendo en su mayor parte la del INSALUD hasta que se produjo el traspaso, y con ello las posibilidades de intervención real de los servicios autonómicos de salud respectivos en los centros correspondientes, y sobre todo su integración funcional con otros centros dependientes de la CA, no se tradujo en la práctica en efecto alguno.

Por el contrario, el efecto más evidente de las constitución de los servicios autonómicos de salud en esas condiciones fue, como se ha destacado (Rey del Castillo,

¹⁵⁷ Además, cuando se constituyó el SCS se convirtió en la entidad responsable de la financiación de la cobertura sanitaria, pero no en la entidad gestora de la prestación, realizada a través de al menos dos redes distintas, la del antiguo INSALUD, transformado en Instituto Catalán de la Salud en aquel territorio, y la red concertada, formada en buena parte por centros dependientes de las corporaciones locales y algunas entidades sin ánimo de lucro, que terminó constituyendo el denominado inicialmente como Consorcio Hospitalario de Cataluña (CHC).

2007 a), la adquisición de posiciones de ventaja por parte de los grupos corporativos y de interés, en especial del personal, vinculados en cada caso a la administración autonómica correspondiente de cara al traspaso futuro de los servicios de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Como se puso después en evidencia, una vez realizados los traspasos los grupos profesionales del INSALUD traspasados se debieron integrar en estructuras y condiciones definidas, favorables en distintos aspectos (incluidos los económicos en diferentes casos¹⁵⁸, pero también los relativos a la movilidad, o incluso los sistemas de protección social¹⁵⁹) a los que de antemano habían constituido el servicio de salud. Estos procesos se han puesto como ejemplos añadidos de la “politización” local o regional que ha caracterizado la constitución y el funcionamiento de los servicios autonómicos de salud (Rey del Castillo, 2002 b).

Otro aspecto a destacar en la constitución de los servicios de salud autonómicos, la mayoría de ellos creados durante este período es la naturaleza jurídica de los servicios creados, cuestión en la que se pueden establecer dos patrones distintos, diferenciados por el momento de su creación: los creados con anterioridad a 1990, lo fueran antes o después de la LGS, siguieron todos ellos un patrón centralizado, similar al que tenía establecido el INSALUD, y se constituyeron como organismos autónomos de carácter administrativo, una naturaleza jurídica similar a la del Instituto, todo ello con independencia de que dispusieran o no del traspaso del mismo.

Se han descrito también en esos casos otras semejanzas en lo relativo a la constitución de los órganos de dirección previstos en cada uno de ellos, y lo mismo en cuanto a la constitución de los órganos de gestión, los mecanismos de participación, la organización por niveles de atención, los mecanismos de presupuestación y distribución de recursos, y la carencia de personalidad jurídica propia individualizada por parte de cada uno de los centros que formasen parte del servicio. En todas esas cuestiones los servicios creados en ese período anterior a 1990 se atienen en términos generales a lo previsto en la LGS (Barnuevo, 1994; Rey del Castillo, 1998 i, p. 405-407).

¹⁵⁸ El mecanismo habitual siguiente a la constitución de un servicio autonómico de salud ha sido la homologación de las retribuciones del personal sanitario de cada nivel de titulación integrado en el mismo al nivel retributivo más alto existente entre los cuerpos y grupos homólogos de cada CA. Con ello se puede suponer que se pretendía obtener de alguna forma la identificación de ese personal con la nueva estructura creada, y en último término con el partido o partidos responsables de su constitución. En diferentes CCAA las diferencias retributivas con el personal procedente del INSALUD han persistido a lo largo del tiempo, e incluso subsisten en algunos casos.

¹⁵⁹ Un buen ejemplo de esto último lo constituye la Comunidad de Madrid. Al producirse el traspaso del INSALUD, el personal de las instituciones anteriormente pertenecientes a éste fue obligado a integrarse en la entidad colaboradora constituida por la propia Comunidad, de cuyos servicios sanitarios forma parte de manera amplia personal con puesto de trabajo en el Hospital Gregorio Marañón.

1990 marcó un punto de inflexión en los patrones citados. Ésa es la fecha en la que los planteamientos en torno a la introducción de la competencia y los mercados sanitarios, que se fueron desarrollando a lo largo de los años 80 en diferentes países, sobre todo en Suecia y el Reino Unido, cristalizaron en una norma sanitaria española. Se trata de la Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña, al amparo de la cual se creaba el Servicio Catalán de la Salud (SCS) en los términos y con las características que se han citado en una nota anterior.

En la norma catalana citada, al nuevo SCS, a diferencia de los hasta entonces existentes, se le dotaba de una naturaleza jurídica diferente, como ente público de carácter institucional, responsable de la financiación y la cobertura de los servicios y prestaciones. En la misma norma se abría la posibilidad de que la provisión de unos y otras y su gestión, separada de la responsabilidad citada, se llevase a cabo mediante fórmulas de gestión diversas – directas, indirectas o compartidas- a través de entidades sometidas al derecho público o al privado admitidas en derecho.

Con la única excepción de Navarra (que, a través de una norma casi simultánea con la catalana, siguió una tendencia inversa, transformando en funcionario a todo el personal sanitario que le había sido transferido, incluido el estatutario) a partir de ese momento las restantes normas autonómicas por las que se crearon los servicios de salud de otras CCAA dotaron a éstos de una naturaleza jurídica similar, e incluyeron previsiones para dotar a los centros incorporados al servicio de formas de gestión variada dentro del mismo espectro público-privado que se acaba de comentar.

Lo que resulta más llamativo de ese panorama homogéneo es que la previsión de la incorporación de las nuevas formas de gestión cuya posibilidad se abría a los centros se adoptó con independencia de que, conforme a lo se puede observar en el cuadro adjunto, ninguna de las CCAA que crearon los servicios de salud correspondientes dentro de este período disponían de los traspasos en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. Y que, en esa situación, el número y las características de los centros a los que resultaban de aplicación esas previsiones era en muchos casos exiguo, y en todo caso responsable de una parte minoritaria de la asistencia sanitaria en cualquier territorio, que, en los casos en los que no se habían producido los traspasos citados, seguía recayendo sobre los centros de la Seguridad Social.

Otra constante en los comportamientos de las CCAA que adoptaron en sus normas sobre servicios de salud esas previsiones es, por el contrario, la falta de previsión de valoraciones de los efectos, en términos de eficiencia, equidad en el acceso,

u otros parámetros, derivados de la modificación de la formas de gestión introducidas. Lo que no impidió su generalización progresiva, e incluso la incorporación de “nuevas formas de gestión” por CCAA que habían elaborado sus normas sobre servicios de salud con anterioridad a 1990. Tal generalización, por otra parte, se vió facilitada por las menores dificultades administrativas para introducir cualquier modificación de ese carácter que se produce en Administraciones como las autonómicas, que no tienen ordenaciones tan rígidas y que, en todo caso, eran (y siguen siendo) entidades de reciente creación, sobre las que pesan menos reglamentaciones previas y que además están dotadas de facultades de autoorganización.

Las decisiones de las diferentes CCAA en la línea indicada derivaron en la multiplicación de formas jurídicas diferentes para la gestión de los centros de distintos servicios autonómicos de salud. Por otra parte, en la determinación de la fórmula jurídica empleada por cada uno de ellos para la incorporación de “nuevas formas de gestión” se produjo un importante sesgo dirigido a resaltar la peculiaridad de cada CA. Cada una de ellas escogió y promovió en su territorio, otorgándole preferencia, un modelo jurídico diferente (Rey del Castillo, 1998 i, p. 408-409): Andalucía optó por el modelo de empresa pública; Galicia por las fundaciones, y Cataluña por los consorcios. Sólo en este último caso existían razones objetivas (la propiedad de buena parte de hospitales de mediando tamaño de aquel territorio por parte de corporaciones locales, que entraban a formar parte del consorcio) que justificasen la preferencia por una u otra forma de gestión.

Como se ha puesto de relieve en algunos trabajos (Martín Martín, 2003), el resultado en el medio plazo de diversificar las formas de gestión de los centros e introducir formulas de características muy diferentes no sólo en su naturaleza jurídica sino, como consecuencia, en sus posibilidades de gestión del personal, los presupuestos o las compras, fue el de sentar las bases para convertir en una tarea casi imposible la coordinación de las administraciones autonómicas en esas materias, e incluso el establecimiento de los sistemas de información sanitaria y económica imprescindibles para el funcionamiento integrado del Sistema Nacional de Salud.

Las iniciativas descritas tuvieron en todo caso un origen autonómico en cada caso. Lo que constituye, sin embargo, un rasgo común es que esa actividad diversificadora de las formas de gestión (que al principio se limitaron sólo a centros ajenos a la Seguridad Social, pero que, una vez efectuados los traspasos de esa competencia, se han ido extendiendo luego a centros de ese origen) contó con el

beneplácito, siquiera el pasivo de la no intervención, de las autoridades sanitarias centrales. Éstas no objetaron en ningún caso ni legal ni políticamente la constitución de los servicios de salud en los términos referidos, con el argumento legal de las facultades de autoorganización que asistían y asisten a las CCAA. Sin embargo, más allá de ese argumento, hay que resaltar también la existencia en aquel momento de un clima propicio a la promoción de ese tipo de iniciativas, sobre la base de una tendencia cada vez más acusada al acuerdo de hecho en estas materias entre los partidos políticos con responsabilidades y posibilidades de gobierno en los ámbitos central y autonómico (). De ese clima son un buen ejemplo algunos acuerdos del Consejo Interterritorial a los que se alude en un apartado siguiente relativo a las posiciones políticas que se dieron en este período con respecto a la separación entre financiación y provisión de los servicios sanitarios y la necesidad de modificar las formas de gestión de los centros.

c.3) El desarrollo de instrumentos de coordinación en el SNS.

En el capítulo correspondiente a la LGS se hizo amplia referencia a la consideración teórica de esta cuestión en la norma citada.

Fuera de esos aspectos, en el mismo capítulo se ha hecho referencia a la previsión en la Ley de la utilización de diferentes instrumentos de coordinación con el fin de hacer efectiva ésta. De entre los instrumentos citados allí se hace aquí una descripción de algunos de ellos, subrayando el desarrollo que tuvieron en el período de diez años inmediatamente posterior a la promulgación de la Ley. En concreto se hacen algunas referencias a la constitución de los sistemas de información, el desarrollo de planes de salud (incluido el denominado “Plan Integrado de Salud”) y finalmente a las formas y órganos bilaterales y multilaterales de relación, en concreto y de manera específica el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Es necesario en todo caso destacar la importancia de este período en la constitución del SNS, pues, como ocurre con cualquier organismo vivo en los períodos más cercanos a su nacimiento, los desarrollos que se llevaron a cabo en este plazo modelaron de hecho y establecieron los límites a la configuración posterior, hasta la actualidad, del propio SNS.

3.1) Los sistemas de información.

En lo que hace a los sistemas de información, la Ley incluía en su artículo 40.13 como competencia propia de la Administración del Estado, “sin perjuicio de las de las CCAA”, “*el establecimiento de sistemas de información sanitaria y la realización de estadísticas de interés general supracomunitario*”. Complementario del mismo podría

resultar lo previsto en el apartado 15 del mismo artículo 40: corresponde también a la Administración del Estado en las condiciones citadas *“la elaboración de informes generales sobre la salud pública y la asistencia sanitaria”*

El resumen de las actuaciones en este campo por parte del Ministerio de Sanidad durante este período se puede hacer en pocas líneas: con respecto a la elaboración de informes y estadísticas de las características citadas, no se puede encontrar ninguna manifestación, declaración ni publicación que puedan responder a esa denominación.

En cuanto al establecimiento de sistemas de información o incluso la configuración de un “sistema de información del SNS” que pudiera constituir una especie de cuadro de mandos del mismo, lo más característico de este período es que se mantuvieron algunas series estadísticas que existían previamente (la de establecimientos sanitarios en régimen de internado, la información epidemiológica de determinadas enfermedades transmisibles), a las que el único añadido (lo que ocurrió con anterioridad a la propia LGS) fue la de casos de aborto, sin que en ningún caso se llegase a constituir una sistema reglado y regular de información de la distintas facetas del sistema.

Como ya se ha comentado en el capítulo anterior, con retales de las informaciones y estadísticas de periodicidad diferente obtenidas desde distintos organismos, también algunos no sanitarios, como el Instituto Nacional de Estadística (INE), a partir de 1993 se comenzaron a elaborar por el Ministerio unas publicaciones periódicas con periodicidad bi o plurianual a las que se tituló como “Indicadores de Salud”. Sus características no permiten en todo caso considerarlas como un sistema de información del SNS útil para su gestión, o incluso para orientar y controlar el proceso de descentralización que se desarrolló, aunque el último informe de esas características, presentado en 2005 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005), supone un avance notable respecto a publicaciones anteriores.

En el caso de la información económica, ésta fue casi inexistente durante este período, limitándose a la correspondiente a la gestión de los presupuestos del INSALUD no transferido¹⁶⁰, de la que, en virtud del sistema de financiación previsto para la asistencia sanitaria, desaparecía la correspondiente a los territorios traspasados a medida que se iba produciendo el traspaso. Por otra parte, las diferentes normas presupuestarias vigentes en las diferentes CCAA hacían que de los presupuestos del

¹⁶⁰ Y aún de éste se establecieron tres versiones distintas cada año: el presupuesto inicial, el liquidado al final de cada periodo anual, y el gasto efectivo, siempre superior a los dos anteriores, cuyo reconocimiento aún más tardío dio lugar a distintas “operaciones de saneamiento” para el pago de la deuda generada por esa razón.

INSALUD y los de las CCAA no pudiera derivarse una visión homogénea y posible de comparar de la gestión del gasto efectuada por cada uno de ellos. Estas carencias determinaron la creación de un grupo de trabajo por el Instituto de Estudios Fiscales liderado por el profesor Barea que sobre la base del estudio de los diferentes presupuestos, con atribuciones justificadas de las partidas de presupuesto y de gasto de cada uno de ellos a partidas homogéneas, y siempre con retraso, comenzó a elaborar lo que se vinieron en llamar unas “cuentas satélite” de la sanidad, de valor orientativo, pero no para la gestión (Barea Tejeiro, 1992)¹⁶¹.

Las carencias de información sobre la gestión económica de los servicios traspasados, de la misma manera que la inexistencia de sistemas de información en atención primaria o sobre el personal del Sistema, algunas de las cuales todavía se arrastran, constituyeron una importante hipoteca para el desarrollo coordinado del SNS.

3.2) El Plan Integrado y los planes autonómicos de salud.

Un segundo instrumento de coordinación previsto en la Ley fue el desarrollo de un denominado “Plan Integrado de Salud”, a cuya referencia en la Ley y características desde un punto de vista teórico he hecho ya alusión en el capítulo anterior.

Los resultados de las condiciones en las que se estableció la referencia al Plan Integrado y otros planes de salud en la Ley fueron los que eran de esperar conforme a la descripción anterior: el Plan Integrado no llegó nunca a desarrollarse con las características mencionadas, por razones que he explicado también en otros trabajos previos (Rey del Castillo, 1998 j, p. 289-290), acordes con las que se han dado en el capítulo anterior sobre la consistencia teórica del modelo. Una versión “light” de dicho Plan se presentó ante el Consejo Interterritorial por la Dirección General de Salud Pública del momento en el año 1995, pero sin ninguna ambición de ser presentada para su aprobación por el Gobierno, que en aquella época lo era todavía del Partido Socialista. La ausencia de concreción de determinados aspectos, de manera singular los económicos, asemejaban ese documento (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1995) a

¹⁶¹ En 1999, con Gobierno del PP, una metodología diferente a la utilizada previamente, y la aportación de datos por parte de las CCAA (aunque sometidos sólo a homologación formal) se publicaron otras “cuentas satélite” del Gasto Sanitario Público entre 1991 y 1996 (es decir, de un período con gobierno del PSOE) (Ministerio de sanidad y Consumo, 1999). Los cambios metodológicos y la variación de las estadísticas elaboradas en cada caso no permiten utilizar esas fuentes para disponer de una visión adecuada y real de la evolución del gasto a los largo del tiempo, más aún teniendo en cuenta las variaciones en la presentación atribuibles a los cambios en la responsabilidad política del Gobierno.

otros similares, calificados como “estrategias de salud”, elaborados en diferentes países en la misma época¹⁶².

Cuadro 14. Contenidos y apartados de los Planes de Salud de las CCAA.

	Anal. y Diagn. de problemas	Establecim. objetivos	Programas desarrollar	Financiación	Ejecución	Evaluación
Andalucía	X	X	X			
Aragón	X	X				
Asturias	X					
Baleares						
Canarias	X					
Cantabria						
C. La Mancha	X	X	X			
C. y León	X	X				
Cataluña	X	X	X		X	X
C. Valenciana	X					
Extremadura						
Galicia	X	X				
Madrid	X	X	X			
Murcia	X	X	X			X
Navarra	X	X	X			
P. Vasco	X	X	X			
Rioja						

Fuente: Documentos aportados por las Comunidades Autónomas.

Elaboración: Subdirección General de Alta Inspección. Dirección General de Alta Inspección y Relaciones Institucionales. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Por su parte, y pese a que en 1989 se publicó un Real Decreto, el 938/1989, de 21 de julio, que ante el escaso avance logrado hasta entonces trataba de precisar el modelo de desarrollo de los planes de salud autonómicos, éstos siguieron un proceso de desnaturalización semejante: en 1995, 4 CCAA no habían desarrollado todavía ningún documento, ni siquiera en fase de borrador, que mereciera la calificación de un “plan de salud”. De las trece CCAA restantes, todas ellas incluían en sus documentos, fuera cual fuera su fase de desarrollo, un análisis o diagnóstico de los problemas de salud principales del territorio correspondiente, pero, como se puede observar en el cuadro 14, sólo 10 de entre ellas derivaban de ese diagnóstico el establecimiento de alguna clase de objetivos en términos de salud. A su vez, siete de estas diez definían ciertos programas

¹⁶² Entre ellos se pueden citar el inglés *The Health of the Nation*, 1992; el holandés *A Strategy for Health*, 1992; el francés *Stratégie pour une Politique de Santé*, 1993, elaborado por el Haute Comité de la Santé Publique. O los más tardíos de Escocia, *Scotland's Health, a Challenge to Us All*, 1999; País de Gales, *Improving Health in Wales*, 2001; e Irlanda, *New Health Strategy*, 2001.

para el desarrollo de esos objetivos, y de entre ellas 2 preveían instrumentos de evaluación del cumplimiento de los programas o de los objetivos. Y en ninguno de los trece casos en los que se habían desarrollado alguna clase de documentos se establecían compromisos y previsiones de financiación de las actuaciones (Rey del Castillo j, p. 380-381). Sin embargo, en los correspondientes a algunas de las CCAA que no habían recibido los traspasos del INSALUD se cifraban objetivos de construcción de centros sanitarios de una u otra naturaleza cuya consecución escapaba a las posibilidades reales de actuación de las CCAA, que a esos efectos seguían dependiendo principalmente de los compromisos del Instituto, que no se sentía vinculado por la planificación efectuada en los documentos autonómicos.

Siendo ésa la situación al final del período analizado, no parecen necesarios muchos más comentarios acerca de la eficacia del Plan Integrado y los planes autonómicos como instrumentos principales al servicio de la coordinación del sistema sanitario, como la Ley preveía.

3.3) Las Comisiones de Coordinación.

Para la coordinación de los centros sanitarios de la Seguridad Social con los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que no hubieran asumido competencias en materia de asistencia sanitaria de la propia Seguridad Social, la Ley preveía también en su Disposición adicional séptima la constitución de *“una Comisión integrada por representantes de la Administración del Estado y de la Comunidad Autónoma, cuyo Presidente será designado de la forma que reglamentariamente se determine”*.

Aunque tal desarrollo reglamentario no llegó formalmente a producirse, en todas las CCAA en las que se daban esas condiciones se constituyeron, bajo la presidencia de hecho del Delegado del Gobierno en cada CA, las Comisiones correspondientes, a cuyas reuniones se consolidó como habitual la asistencia de quienes ostentaban en cada momento la autoridad máxima del Instituto Nacional de la Salud, junto con una representación variable del Mº de Sanidad, de la que en todo caso formaba parte la Dirección General de Coordinación y Alta Inspección

Las reuniones de esas Comisiones, que desaparecían en el momento que se producían los traspasos, se fueron centrando, en especial a medida que sólo quedaron sin recibir éstos las diez CCAA que los recibieron en 2001, en las políticas de construcción de centros nuevos en cada territorio, conforme al modelo de atención primaria ya comentado, por el que optó la LGS. En esta materia, como se ha comentado

también ya al hablar de los planes de salud, las posiciones de unas y otras Administraciones estaba marcada por la situación competencial respectiva: si la de planificación se había transferido a todas las CCAA con las de Salud Pública, la capacidad inversora principal, en el caso de ausencia de traspaso de la asistencia sanitaria, se mantenía en el INSALUD. Eso dio lugar a numerosas situaciones de tensión en las relaciones con los diferentes territorios, que trataban de orientar de manera preferente hacia el propio las inversiones anuales del Instituto, en ocasiones complementadas con la cesión de terrenos por parte de las Corporaciones locales, y por inversiones propias, siempre minoritarias, por parte de las CCAA, en especial para la construcción de centros de salud. Estas políticas inversoras en el modelo de desarrollo escogido para la atención primaria consumieron buena parte del funcionamiento de las Comisiones citadas.

Otra parte de esa dedicación correspondió a las políticas de personal (determinación de plantillas, convocatorias de plazas, organización de las condiciones de trabajo en los centros, integración en los nuevos centros de salud creados conforme al modelo) en el ámbito de la atención primaria en el medio rural, donde se daba también la confluencia de la doble dependencia de médicos “titulares al Servicio de la Sanidad Nacional”. Éste era el cuerpo más numeroso sobre el que cada CA había recibido competencias en virtud de los traspasos de Salud Pública, cuyos miembros desempeñaban también en las localidades respectivas las plazas de Medicina General de la Seguridad Social.

Más que la integración funcional en la consecución de un modelo supuestamente diseñado en la Ley, que la propia Ley preveía que debía lograrse con la constitución de estas Comisiones, el desarrollo de las mismas sirvió para proyectar en forma de relaciones no siempre pacíficas los diferentes intereses de cada una de las Administraciones participantes en ellas y de los cuerpos y grupos a los que cada una de esas administraciones, en ejercicio de sus competencias, consideraba representar.

Por otra parte, como se ha comentado anteriormente, la ausencia de previsión de una participación conjunta de todas las CCAA sin traspasos en esa materia en los órganos de gobierno del INSALUD dio lugar a que las relaciones entre ellas se plantearan sólo en términos de competencia por la distribución del presupuesto del Instituto, de las que éste se convirtió en árbitro, ejerciendo su papel en función de las afinidades políticas más inmediatas. Un ejercicio poco propicio a estimular el

sentimiento de solidaridad entre todas ellas en la construcción de un sistema previsto como de protección universal.

3.4) El Consejo Interterritorial del SNS.

En todo caso, el instrumento organizativo más importante para garantizar el funcionamiento coordinado del Sistema estaba concebido en la Ley que fuera el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Algunas valoraciones recientes de la constitución y la actuación de este órgano se han basado en criterios subjetivos sobre los resultados de su actuación. Así, por ejemplo, Rodríguez Vigil (2008, p. 155) señala que *“durante años se desarrolló en el seno de ese Consejo una sostenida e inteligente política de acuerdos con las Comunidades Autónomas que, al menos en apariencia, permitía imaginar que el conjunto sanitario español podría llegar a funcionar como un sistema integrado, en el que las distintas piezas podrían conjugarse armónica y equitativamente, sin mengua de la autonomía de cada una de ellas, y del mantenimiento de singularidades, siempre que éstas no entrañasen, obviamente, discriminaciones, ni ventaja o desventaja injustificada para nadie.*

La evidencia de que el Consejo Interterritorial del SNS funcionó durante años sin que se trasladasen a sus reuniones y acuerdos los efectos de la enorme acritud política de aquellos tiempos, y careciesen de relevancia las discrepancias puntuales que ocasionalmente se produjeron en su seno, ejemplifica el carácter armonizador que este órgano estuvo a punto de conseguir, bien es cierto que a base de puro voluntarismo e inteligencia, y pese a las dificultades de cohesión que per se existen en el ámbito de la legalidad como consecuencia del diseño inicial que tuvo este asunto en la Ley General de Sanidad.

El recuerdo de esa historia, que ya es lejana, resulta ahora útil y necesario, porque demuestra que la buena voluntad, por inteligentemente que se despliegue, no sirve para llenar los vacíos normativos, ni impide que las indefiniciones legales produzcan efectos negativos”.

Aunque la valoración subjetiva inicial resulta discutible, y así se va a poner en cuestión en los párrafos siguientes, no es difícil compartir estas últimas afirmaciones. En el capítulo correspondiente a la propia Ley se han hecho ya diferentes observaciones a las limitaciones que contenían las previsiones legales respecto a la constitución de este órgano, en buena parte relacionadas con su falta de adaptación a las peculiaridades funcionales del servicio público sanitario, pero también con la especial situación en

cuanto a los traspasos de diferentes competencias sanitarias en el momento de su constitución. En este aspecto se ha destacado la existencia de dos grupos o niveles de CCAA bien diferenciados en función de la recepción de los traspasos de las competencias en materia de asistencia sanitaria; diferencias que no determinaron legalmente la constitución de órganos de coordinación diferenciados, de manera que la totalidad de las CCAA entraron a formar parte de un órgano único y común.

La existencia de esas diferencias competenciales se resolvió, sin embargo, de manera discrecional de manera casi inmediata a la constitución del Consejo en 1987 mediante la constitución a su vez de órganos de segundo nivel, calificados como Comisiones o Grupos de Trabajo, diferentes para unas y otras materias, haciendo participar en cada uno de ellos a las CCAA competentes en cada una de esas materias.

En la vida real del Consejo se puso pronto en evidencia que esa solución era sólo limitadamente efectiva:

-las CCAA que carecían de competencia en las materias relacionadas con la asistencia sanitaria no aceptaban de buen grado su exclusión de las Comisiones o grupos cuya repercusión económica era mayor, y menos aún aceptaban ser representadas en esas Comisiones por el INSALUD. Éste, además de actuar todavía como responsable de la asistencia sanitaria en los territorios que no habían recibido el traspaso de esa materia, se mantenía con su presupuesto, distribuido entre esos territorios con arreglo a sus propios criterios (incluidas las inversiones), como referencia para la distribución de fondos a las CCAA que sí habían recibido los traspasos. Por otra parte, la efectividad de éstos a diferentes CCAA fue ampliándose a lo largo del tiempo, lo que creó situaciones aún más variables en la vida del Consejo.

-por su parte, las CCAA que ya disponían de esos traspasos no aceptaban tampoco la participación de las restantes CCAA en cuestiones sobre las que carecían, aunque fuera de manera transitoria, de responsabilidad, y orientaban el debate de esas cuestiones, en especial las financieras, a la relación bilateral (con el agravante de condicionantes legales o de hecho que contribuían a reforzar esa orientación: en cuanto a los legales, las especificidades financieras del País Vasco y Navarra, justificadas por las peculiaridades forales de su financiación, recogidas de manera expresa en la Constitución; desde el punto de vista de los hechos, el apoyo de determinados grupos nacionalistas, de manera destacada el de CiU, que a medida que el Partido Socialista fue perdiendo apoyo electoral, se fue haciendo progresivamente mas necesario para garantizar el gobierno de la nación).

Por otra parte, la constitución de Comisiones no garantizaba un funcionamiento homogéneo del Pleno del Consejo, en cuya constitución no se preveían legalmente diferencias entre unos y otros miembros autonómicos del mismo según las competencias asumidas.

La consecuencia de la ausencia de consideración legal de estas cuestiones (y, aún más, la ausencia de un horizonte definido en la Ley de homogeneización competencial de las CCAA, cuestión a la que se hace referencia un poco más adelante), fue que la consideración de las materias en las que existían diferencias competenciales entre distintos grupos de CCAA, precisamente las de mayor trascendencia económica, quedó de manera ordinaria fuera de la actividad más habitual del Consejo. Esto ocurrió incluso en aquellos casos en los que estaba prevista de manera expresa su intervención, como “*la política de adquisiciones, contrataciones de productos farmacéuticos, sanitarios y de otros bienes y servicios*”. Por el contrario, el Consejo, tanto en el Pleno como en las Comisiones, se concentró de manera preferente en aquellas materias en las que se daba una situación de homogeneidad competencial general. Esta dinámica se puede comprobar en diferentes trabajos previos publicados en diferentes fases de la evolución del Consejo a partir de su constitución (Rey, 1993; 1998 f y g).

La vida del Consejo, y su valor como órgano de coordinación principal, se vio afectada también por otra cuestión aún no resuelta, ni tan siquiera tras la promulgación en tiempos de gobierno del Partido Popular de la ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Ésta modificó de la manera que se indica más adelante algunas de las disposiciones relativas al Consejo Interterritorial, pero no a sus características esenciales, mantenidas en los mismos términos que los establecidos en la LGS.

Se trata del carácter del Consejo y de los acuerdos adoptados por él, derivado de las características de sus miembros y de las condiciones de las competencias asumidas.

La consideración de cómo se había hecho efectivo el traspaso de competencias fue, desde el inicio, contraria a los términos en los que se recoge esta cuestión en el texto constitucional, a los que se ha aludido antes, y conforme a los cuales la calificación de las competencias como “exclusivas” sólo se refiere a la AGE.

El criterio que se hizo efectivo en la actividad habitual del Consejo fue precisamente el contrario: el Consejero catalán¹⁶³ manifestó en repetidas ocasiones su

¹⁶³ De entre los sucesivos consejeros de Sanidad catalanes, el que representó durante más tiempo a su CA en el Consejo desde su creación, cuya Vicepresidencia más simbólica que efectiva desempeñó durante los

posición indicando que si se producía cualquier votación en el Pleno que intentase imponer sus efectos a la aplicación del acuerdo a su territorio él abandonaría la reunión de ese órgano. Tal manifestación era el resultado de su consideración de que, una vez efectuados los traspasos, el gobierno de las cuestiones sanitarias (incluida la gestión de la asistencia sanitaria) era de su exclusiva responsabilidad. Ese criterio fue asumido en la práctica por la totalidad de las CCAA, por lo que en el Pleno no se llegó a llevar a cabo ninguna votación, alcanzándose los acuerdos por consenso y sin fuerza coactiva alguna, ni siquiera la derivada de la expresión de la opinión mayoritaria.

En la práctica, el Consejo Interterritorial no llegó a adoptar en sus primeros años de vida ni siquiera los acuerdos limitados que la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, reguló posteriormente como “acuerdos de conferencia sectorial”. Estos, previstos en el artículo 5 de la Ley citada, y cuyos efectos se regulan en el artículo 8 de la misma Ley, se caracterizan por ser aplicables a cada territorio sólo si se produce la conformidad y la firma de la autoridad territorial correspondiente, con independencia del grado de mayoría que hubiera alcanzado en el órgano multilateral que los hubiera adoptado.

Por el contrario, el Reglamento del propio Consejo Interterritorial especificó desde su redacción inicial que los acuerdos serían adoptados por consenso, una orientación que no se cambió en la modificación del reglamento de régimen interior del Consejo que tuvo lugar en 1994. Tal especificación restó cualquier posibilidad de adoptar acuerdos que pudieran estar dotados de una mínima fuerza coactiva frente a posiciones divergentes por parte de una o varias CCAA. Lo que, en la práctica, convirtió al Consejo Interterritorial en un órgano ineficaz de coordinación, y consolidó una especie de derecho de veto por parte de las CCAA que no existía en otros órganos de coordinación, de manera destacada en el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Con el agravante de que en esta materia, como en todas las que suponen ratificar una práctica en materias de traspasos, es difícil, si no imposible, cambiar las prácticas que se hayan consolidado, en especial si se trata de establecer *a posteriori* alguna limitación añadida a los comportamientos de las CCAA que se han constituido de hecho en un hábito tolerado de actuación (Rey del Castillo, 1998 b, p. 157-161).

Por otra parte, el mismo carácter difuminado y no generador de compromisos expresos con el que se adoptaron los acuerdos determinó el contenido y sentido de los

años en que se mantuvo en el mismo, y, por tanto, el que de forma más característica representó esa posición de manera expresa, fue Javier Trías, perteneciente a Convergencia i Unió (CiU).

misimos: el mejor ejemplo pueden ser unos “criterios de coordinación” elaborados y aprobados como acuerdo (el número 62) por el Consejo (CISNS, 1996), que constituían un mero listado de indicadores variopintos y con tal número que hacían imposible derivar de su seguimiento, por otra parte nunca llevado a cabo, ningún objetivo de cumplimiento ni priorización, ni mucho menos ninguna valoración de su evolución.

Otro aspecto a considerar es el grado de compromiso con el Consejo y su función de coordinación en interés general del Sistema por parte de las CCAA. Algunos indicios permiten apuntar que la actitud de las CCAA en el Consejo se orientó desde el inicio más a los intereses individuales de cada una de ellas que a la consideración de la existencia de intereses generales del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Dejando al margen el “derecho de veto” que supuso la previsión reglamentaria y el ejercicio de la adopción de acuerdos sólo por consenso, en una publicación previa (Rey del Castillo, 1998 i , p. 395-396) se propusieron algunos argumentos al respecto, que se recogen con la ayuda de lo descrito en las tablas siguientes (12, 13, 14 y 15).

Tabla 12. Participación de las CCAA en los Plenos del CISNS hasta 1996.

Período	Nº de Sesiones					
	<i>Con puntos propuestos por CC.AA.</i>		<i>Sin puntos propuestos por CC.AA.</i>		<i>Total</i>	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1987 - Febrero 1991	15	65	8	35	23	100
Abril 1991 - Dic. 1991	3	100	0	0	3	100
Mzo. 1992- Mzo.1993	2	40	3	60	5	100
Sep. 1993 - Nov. 1995	3	37,5	5	62,5	8	100
TOTAL	23	59	16	41	39	100

Tabla 13. Número de puntos del orden del día propuestos por las CCAA en Plenos del CISNS celebrados hasta 1996.

Período	0	1	2	3	4	5	6	Total
1987 - Febrero 1991	8	11	2	1	-	-	1	23
Abril 1991 - Dic. 1991	-	3	-	-	-	-	-	3
Mzo. 1992- Mzo.1993	3	1	-	1	-	-	-	5
Sep. 1993 - Nov. 1995	5	2	1	-	-	-	-	8
TOTAL	16	17	3	2	-	-	1	39

En esos cuadros se recoge de distinta manera la participación por propia iniciativa de las CCAA en el funcionamiento del Consejo Interterritorial, tomando como indicador la propuesta de puntos para su debate en los Plenos del Consejo por parte de las CCAA durante el período comprendido entre 1987, año en el que se constituyó, y

Noviembre de 1995, fecha de la última reunión del Consejo durante el período analizado. Por otra parte, en los cuadros se ha dividido este período en plazos más cortos e irregulares, coincidentes con los distintos mandatos ministeriales a los que se ha hecho alusión al principio de este capítulo, con lo que se trata de valorar si las características de la gestión ministerial propia de cada uno de esos mandatos pudo contribuir a diferenciar la actitud participativa de las CCAA en el Consejo.

Tabla 14. Proponentes de puntos del Orden del día de Plenos del CISNS hasta 1996

Nº de sesiones	Total Puntos Orden Día		Proponente Ag Estado		Proponente CC.AA.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
39	342	100	307	89,75	35	10,25

Tabla 15. Características de puntos del Orden del día propuestos por CCAA tratados en Plenos del CISNS hasta 1996.

Total Puntos		Información Proy. y Sit. Propios		Temas para debate(*)		Peticiones a otros Órganos	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
35	100	18	51	15	43	2	6

El resultado de la comparación evidencia una tendencia homogénea y sin diferencias por mandatos ministeriales a la progresiva disminución de la participación autonómica, valorada de la manera citada, a medida que fue pasando el tiempo: en sucesivos períodos se produjo una tendencia manifiesta a la disminución de la proporción del número de Plenos del Consejo en los que el orden del día incluía algún punto propuesto por una CA, a la vez que se observa también una disminución del número de puntos del orden del día propuestos por las CCAA en los casos en los que el Pleno correspondiente los incluyó.

En el tercero de los cuadros citados se demuestra con claridad la iniciativa de la Administración General del Estado en el órgano coordinador, puesto que es responsable del 90% de los temas abordados en el mismo. Pero esa situación, que podría ser razonable, pues es la AGE la que está dotada de la competencia en materia de coordinación, se vió probablemente reforzada por la expresión de una cierta pasividad por parte de las CCAA, que parecieron asumir como aceptable un compromiso tácito de no injerencia en los asuntos propios de cada Administración : si se observa el último de los cuadros presentados, la mayoría de los temas tratados a propuesta de las CCAA consistieron en la exposición de proyectos y actuaciones propias (normas o proyectos de

normas, sobre todo de carácter organizativo; planes de salud o documentos preparatorios de éstos), que no se sometían a debate, sino tan solo al conocimiento pasivo por parte de las restantes Administraciones, incluida la AGE, que en esa dinámica se abstenían habitualmente de hacer cualquier observación tras escuchar la correspondiente presentación. En el caso de los puntos propuestos para el debate, casi dos tercios de ellos eran desde el inicio o bien se resolvieron mediante la creación de una comisión para tratar determinada cuestión; lo que terminó por conducir a un número muy elevado de comisiones específicas (más de 30) para temas concretos, a veces con la única intención de salvar la cara ante un grupo de presión médico o de pacientes con especial presencia en el territorio proponente, con escasa actividad posterior. Esto llevó a partir de mediados del período observado a tratar de reconducir la situación hacia un número más reducido de comisiones estables de contenidos más amplios.

De entre estas últimas se fué caracterizando como la de actividad más estable la de Salud Pública, cuya actividad no decayó durante los períodos siguientes, con gobiernos del Partido Popular. La situación en este campo puede, a su vez, servir de ejemplo para valorar que el mayor grado de actividad y coordinación establecido en los segundos niveles del Consejo, de carácter técnico, en ciertas Comisiones, no permitió ni permite, sin embargo, sustituir ni servir de base a acuerdos de nivel político que comprometan de una u otra forma la actitud de cada una de las CCAA en situaciones en las que tal compromiso y acuerdo político se hacen necesarios.

Ocurrió así en crisis sanitarias fuera ya del período analizado, como las provocadas por la encefalopatía espongiforme bovina o la introducción de la vacuna contra la meningitis; y ha seguido ocurriendo de la misma manera en fechas más recientes, como en el caso de la introducción de la vacuna del papilomavirus. En todos estos casos es una constante que una o varias CCAA adoptan de antemano y con carácter previo a cualquier acuerdo general una decisión en determinado sentido, movida en general por intereses económicos propios, que condiciona los términos de cualquier acuerdo posterior en la respectiva Comisión. Una situación que luego debe ser revestida de una argumentación razonable por el responsable central de la política correspondiente, como solución en todo caso mejor que la evidencia ante el público de las razones que han llevado a adoptar esa solución, cuyas repercusiones económicas son en la mayoría de estos casos muy importantes.

Esa situación se ha dado también en otras áreas: pueden servir de ejemplo las normas andaluzas que mantuvieron la cobertura pública en esa Comunidad de ciertos

medicamentos excluidos por norma general de la prestación farmacéutica del SNS, o el reconocimiento de ciertas prestaciones en ámbitos territoriales determinados. En estos casos la decisión unilateral no sometida a acuerdos generales actúa como factor generador de una tendencia al alza en el gasto por la vía y con el estímulo de la emulación, y el funcionamiento de las Comisiones del Consejo no sirve como instrumento eficaz, de nivel técnico, que garantice la coordinación al nivel político superior.

La renuncia a la utilización de instrumentos financieros al servicio de la coordinación del sistema sanitario, cuando son razones económicas, como se viene repitiendo, las que han llevado principalmente a la descentralización sanitaria, tiene consecuencias directas sobre el más caracterizado órgano de coordinación. Al excluir de sus debates los temas financieros, entre otras cosas por las razones expresadas más arriba, el Consejo carece de argumentos financieros con los que vincular a las CCAA a los acuerdos adoptados, lo que convierte a este órgano en un instrumento ineficaz de coordinación.

Las raíces de esta situación hay que buscarlas, según este análisis, no sólo en las normas que condicionan esa situación, sino también en el desarrollo que se hizo de las mismas en el período analizado, durante el que se sentaron las bases de este órgano, cuyo funcionamiento no ha podido luego separarse de los modos y costumbres establecidos en la fase más precoz de su constitución.

d) La puesta en marcha y el desarrollo del sistema de financiación sanitaria entre 1986 y 1996.

d.1) La aplicación del modelo previsto en la Ley General de Sanidad.

Las características principales del sistema de financiación sanitaria aplicable a aquellas CCAA que recibieran el traspaso de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social se han descrito en el apartado II.5.b).3.2) anterior¹⁶⁴. Entre ellas, de manera

¹⁶⁴ La financiación de las materias incluidas en los traspasos de la competencias en Salud Pública (“sanidad e higiene”) a las CCAA, hechas y casi completadas con anterioridad a la promulgación de la LGS se llevaba a cabo de manera independiente de la financiación de la asistencia sanitaria, con arreglo a lo establecido inicialmente en la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA). Esta, además de ciertos principios generales (equilibrio y solidaridad entre las diversas nacionalidades y regiones; ausencia de privilegios económicos y barreras fiscales en el conjunto del territorio español; suficiencia de los recursos para el ejercicio de esas competencias de las CCAA establecidas como “propias de éstas, incluida las sanitarias citadas) preveía unos mecanismos específicos para la obtención de los fondos con los que atender el ejercicio de esas competencias, entre los que se incluían:

-los tributos propios de cada CA;

destacada, su carácter finalista, su aplicación sólo a las CCAA que fueran recibiendo sucesivamente el traspaso del INSALUD y el cálculo independiente de lo que correspondiese a cada una de las CCAA en las que se fuera produciendo de manera sucesiva esta última situación¹⁶⁵.

Otro elemento a destacar es que el montante global de la financiación sanitaria calculado por la vía de la aplicación de los coeficientes poblacionales establecidos en cada uno de los traspasos se obtenía por una doble vía de aportación. Dentro de ésta, las aportaciones desde la Seguridad Social, a partir de las cotizaciones de trabajadores y empresarios, pese a ir descendiendo de manera lenta y progresiva su proporción a lo largo de los primeros años de este período, resultaban netamente mayoritarias respecto a las complementarias realizadas a partir de las aportaciones fiscales desde el Estado. Esta situación cambió de manera drástica a partir de 1989, a través de una operación de carácter esencialmente contable a la que se hace una referencia más amplia en el apartado siguiente, en el que la inversión en el papel financiador traspasó el rol principal de esta materia desde la Seguridad Social al ámbito del Estado, sin que, por las condiciones del trueque presupuestario que se produjo, fuera necesario para ello un esfuerzo fiscal mayor.

Dejando aparte ese cambio “contable”, merece la pena también destacar algunos otros rasgos de la evolución de la aplicación de los criterios más generales de la LGS a la realidad de cada momento, y del período en su conjunto. Son los siguientes:

1.1) En relación con el nivel del gasto sanitario y el establecimiento de los presupuestos anuales.

- En primer lugar, el marco de crecimiento progresivo del gasto sanitario que se produjo durante este período y, en relación con ello, la insuficiencia presupuestaria

-la participación en los ingresos del Estado y la posibilidad de introducir ciertos recargos en determinados estatales;

-Los ingresos procedentes de su patrimonio, los derivados de operaciones de crédito, y otros ingresos de cuantía menor.

Este sistema fue variando a lo largo del tiempo (Monasterio, 1995; Martínez Robles, 1996; Tanco, 1996) mediante acuerdos adoptados en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, y sufrió su modificación más sustancial en 1996, poco después de acabado este período, ya con gobierno del PP, momento en el que se produjo la cesión de el 30% de la recaudación territorializada del IRPF a las CCAA (con anterioridad a ese fecha el porcentaje de cesión se había elevado hasta el 15%) .

Ni este sistema, ni el específico de la asistencia sanitaria existente por entonces, resultaban de aplicación al País Vasco ni Navarra, a cuya financiación, también la de la asistencia sanitaria, se le aplicaron desde la recepción de cada uno de los traspasos reglas específicas derivadas del sistema foral que habían mantenido durante el franquismo (los sistemas conocidos como “cupó” vasco y “amejoramiento” del fuero navarro)

¹⁶⁵ Una explicación más amplia del sistema de financiación puede verse en (Rey del Castillo, 1998 k, p. 199-211).

crónica que sufrió el sistema sanitario durante este período inicial de desarrollo y aplicación de la LGS. En este plazo el crecimiento del gasto público de asistencia sanitaria fue siempre superior al del PIB, lo que determinó el crecimiento progresivo durante este período de la proporción del gasto de la primera en relación con el segundo que puede observarse en la tabla 16.

- Dentro del gasto sanitario público se caracterizó desde siempre como una parte proporcionalmente muy superior (cercana al 25%) del gasto público sanitario a la de otros países de nuestro entorno (alrededor de diez puntos porcentuales menor) el correspondiente al gasto farmacéutico en recetas. Esta proporción superior era y es inversamente equivalente a la cuantía proporcional de otras partidas del gasto sanitario, singularmente la correspondiente al personal, cuyas retribuciones comparadas con las percibidas en otros países con servicios similares son también de un rango inferior similar¹⁶⁶.

- Al crecimiento del gasto indicado se unía la peculiaridad añadida de que el reconocimiento formal del gasto real efectuado cada año se efectuaba siempre con retraso, de manera que el presupuesto inicial de cada año siguiente resultaba inferior al gasto real efectuado el año anterior, incluso a la liquidación formal efectuada en los meses más inmediatos a la finalización de cada año anterior.

Esta situación, de la que da cuenta la tabla 16 con cifras del propio Mº de Sanidad de 1996, dio lugar a la utilización como conceptos diferenciados en el funcionamiento ordinario de los servicios de un “presupuesto inicial” (el que constaba en la Ley de Presupuestos de cada año), un “presupuesto liquidado” (con los gastos formalmente reconocidos de cada año, reconocimiento que siempre tenía lugar una vez finalizado cada año y, por tanto, con el presupuesto del año siguiente ya aprobado, por

¹⁶⁶ En diferentes publicaciones promovidas y financiadas desde la industria farmacéutica (ver, por ejemplo, López Alemany (2007), Quiroga (2007) ó Ramírez de Arellano (2007). Los tres están publicados en una misma revista española, Revista Española de Economía de la Salud, y los tres citan y basan buena parte de sus argumentos en un artículo de Cremieux (2007) publicado poco tiempo antes en la revista *Pharmacoeconomics*), se ha pretendido justificar esta situación con razones sanitarias relacionadas con la bondad de los productos farmacéuticos para la mejora de la salud de la población y con estudios de coste-beneficio con la misma orientación. Tales explicaciones no parecen justificar debidamente las diferencias observables en patrones de gasto en relación con otros países de nuestro entorno de nivel de salud y organización de los servicios sanitarios comparables. Una explicación más plausible parece relacionada con las razones contables apuntadas, a modo de acto fallido, en una sola ocasión por una persona vinculada a la industria farmacéutica (Arrom, 2003): ni el nivel retributivo de los profesionales españoles es realmente inferior al de otros países en la proporción señalada, ni el del gasto farmacéutico lo es estrictamente en esa partida, sino que en la proporción que indica la diferencia en uno y otro caso ésta va dirigida en realidad a estimular los comportamientos de los profesionales españoles en relación con la prescripción, de una forma que no recoge de manera adecuada la contabilidad global de los laboratorios en nuestro país. La opacidad de ésta dificulta en todo caso la comprobación de esa hipótesis.

una cuantía inferior a la liquidación) y finalmente un “gasto efectivo”, aún mayor, sólo reconocido uno o varios años más tarde, en reconocimiento de deudas pendientes de pago. Éstas se sacaban a la luz periódicamente, dando lugar a “operaciones de saneamiento de la deuda”, de las que se efectuaron tres durante ese período, a partir de 1990.

Tabla 16. Evolución de presupuestos, gastos y participación en el PIB del gasto total del INSALUD (transferido y no transferido) hasta 1996 (incluye operaciones de saneamiento).

Año	P.I.B	% Incr. interanual P.I.B	Ppto.. inicial	Ppto. liquidado	Gasto efectivo	Participación en P.I.B.		
						% P. inicial	% P. liq.	% G. ef.
1.982	19.722.635	--	695.447	762.498	--	3,5	3,9	--
1.983	22.531.766	14,24	800.436	843.590	--	3,6	3,7	--
1.984	25.519.539	13,26	875.214	900.756	--	3,4	3,5	--
1.985	28.200.885	10,51	970.354	1.015.666	--	3,4	3,6	--
1.986	32.323.992	14,62	1.049.032	1.154.811	--	3,2	3,6	--
1.987	36.143.972	11,82	1.155.019	1.307.647	--	3,2	3,6	--
1.988	40.158.739	11,11	1.350.682	1.497.547	1.640.000	3,4	3,7	4,1
1.989	45.044.100	12,17	1.574.005	1.795.841	1.892.000	3,5	4,0	4,2
1.990	50.145.200	11,32	1.851.144	2.065.984	2.171.000	3,7	4,1	4,3
1.991	54.900.800	9,48	2.108.863	2.259.351	2.474.869	3,8	4,1	4,5
1.992	59.002.100	7,47	2.389.141	2.845.265	2.775.858	4,0	4,8	4,7
1.993	60.904.300	3,22	2.671.321	2.991.052	2.933.240	4,4	4,9	4,8
1.994	64.673.000	6,19	2.845.480	3.225.516	2.982.301	4,4	5,0	4,6
1.995	69.333.200	7,21	3.224.068	3.312.370(*)	3.228.734(**)	4,7	4,8	4,7
1.996	74.500.500	7,45	3.474.422			4,7		

Fuente del PIB: Hasta 1.993: Anuario Estadístico del I.N.E. 1.994-1.996: Escenario Macroeconómico Mº.Economía y Hacienda para el cálculo del escenario del nuevo modelo de financiación de la asistencia sanitaria.

Nota: A partir del año 1.995, ninguna magnitud incluye amortizaciones. El Presupuesto Inicial de 1.996 se corresponde con el Presupuesto prorrogado, más el suplemento de crédito aprobado por Real Decreto-Ley 1/1996, de 19 de enero.

Fuente: Dirección General de Programación Económica. Ministerio de Sanidad y Consumo. Febrero 1.996.

La iniciativa de la restricción presupuestaria inicial y el reconocimiento con retraso de las deudas generadas en cada caso (reconocimiento que, como se indica más adelante, afectaba sólo al gasto real del INSALUD, y no al de las CCAA que disponían de los traspasos sanitarios, las cuales, sin embargo recibían las aportaciones correspondientes de esas “operaciones” por el mismo sistema de coeficientes proporcionales de su población respecto a la del INSALUD con la que se distribuía la financiación inicial, con independencia de que sus deudas reales fueran mayores o menores que las cantidades que recibían en las “operaciones”) respondía ante todo a los criterios presupuestarios del Ministerio de Hacienda. En su afán de utilizar los mecanismos presupuestarios para lograr el control del gasto sanitario, todas las “operaciones de saneamiento” indicadas, que suponían la aportación, aún con retraso, de cantidades adicionales a los servicios de salud, incluían el cálculo de los efectos de “medidas de ahorro”, a cuya aplicación se condicionaba la aportación de las cantidades adicionales indicadas, de las que se restaban en todo caso los efectos calculados (pero

no comprobados hasta la siguiente operación) de esas “medidas de ahorro”, que no dejaban de constituir por sí mismas una nueva ficción.

-Tales prácticas presupuestarias generaron efectos negativos múltiples (Rey del Castillo k, p. 211):

*En primer lugar, provocaron una situación de incertidumbre permanente respecto a las dotaciones finales para atender el gasto sanitario de que eran responsables cada uno de los servicios, tanto el INSALUD como los de las CCAA que habían recibido los traspasos.

*Por otra parte, provocaron la necesidad de operaciones de endeudamiento por parte de los Servicios de Salud autonómicos para adelantar el pago de cantidades que, finalmente, eran financiadas con años de retraso y por una cuantía que no se correspondía con la realidad del gasto efectuado. Estas situaciones provocaron costes financieros añadidos y, en la práctica, el incremento del precio pagado por los bienes utilizados y los servicios prestados.

Tabla 17. Cuantía de las “operaciones de saneamiento” financiero del INSALUD entre 1992 y 1996 y distribución por CCAA.

SANEAMIENTO 1991-1996					
COMUNIDAD AUTONOMA	1992	1993	1994	1995	1996
ARAGON	5.430.519.806	3.876.896.502	6.257.599.155	1.147.094.622	1.642.504.697
ASTURIAS	7.997.547.173	4.531.389.863	7.985.629.674	584.164.402	836.454.775
BALEARES	4.736.379.377	1.921.475.414	2.594.572.526	744.640.688	1.066.237.958
CANTABRIA	3.097.280.030	2.414.024.268	4.822.685.724	811.373.195	1.161.791.066
CASTILLA Y LEON	14.881.721.065	6.489.305.814	11.858.179.403	3.600.718.482	5.155.805.726
CASTILLA-LA MANCHA	9.411.830.582	4.558.445.675	8.244.316.672	1.955.364.952	2.799.852.827
EXTREMADURA	6.420.745.210	2.898.410.098	6.127.543.829	613.974.612	879.139.494
MADRID	56.899.703.499	25.755.827.904	62.623.316.505	9.821.571.119	14.063.335.657
MURCIA	5.819.003.222	2.531.715.834	3.937.254.668	880.206.528	1.260.352.310
LA RIOJA	1.264.693.513	699.722.837	724.085.003	190.764.922	273.152.950
CEUTA	276.361.235	89.483.232	469.530.804	107.447.609	153.852.349
MELILLA	346.271.829	120.545.815	245.060.647	78.886.520	112.956.226
TOTAL CC. AA.	116.562.056.541	55.887.243.256	115.889.774.610	20.536.207.651	29.405.436.035
C.N. DOSIM.	7.489.548			435.049	622.939
OTROS CC.GG.	458.453.911	1.147.411.172	2.002.879.940	1.069.484.432	1.531.376.026
INSALUD NO TRANSF.	117.028.000.000	57.034.654.428	117.892.654.550	21.606.127.132	30.937.435.000
ANDALUCIA	46.938.000.000	23.470.000.000	49.117.222.000	10.122.274.000	14.493.909.000
CATALUNA	42.720.000.000	21.361.000.000	44.374.027.000	9.054.066.000	12.964.360.000
C.VALENCIANA	27.352.000.000	13.676.000.000	28.410.127.000	5.815.167.000	8.326.636.000
PAIS VASCO	16.805.000.000	8.403.000.000	13.322.242.000	3.568.296.000	5.109.367.000
GALICIA	16.550.000.000	8.276.000.000	17.189.134.000	3.582.782.000	5.130.124.000
NAVARRA	4.300.000.000	2.149.000.000	3.412.879.000	913.975.000	1.308.705.000
CANARIAS	8.865.000.000	5.912.345.573	11.273.279.450	3.223.424.000	4.615.566.000
INSALUD TRANSF.	163.530.000.000	83.247.345.573	167.098.910.450	36.279.974.000	51.948.667.000
TOTAL INSALUD	280.558.000.000	140.282.000.001	284.991.565.000	57.886.101.132	82.886.102.000

NOTA: En la tabla anterior, Canarias, a donde el INSALUD fue traspasado en 1994, figura incluido también en años anteriores dentro del INSALUD transferido. Las cifras de las CCAA en los que el INSALUD no estuvo transferido en ningún momento del período indicado son distribuciones internas del presupuesto del propio Instituto.

Fuente: elaboración a partir de datos de la Subdirección General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión MSC.

*Todo ello provocó una desvinculación general entre el presupuesto y el gasto, y con ello la pérdida de los efectos sobre el control del incremento del gasto que se le reconocen a la limitación presupuestaria. En términos de responsabilidad fiscal de las CCAA, éstas se vieron libres de dar cuentas de la gestión efectuada, puesto que la financiación recibida no tenía que ver con su situación financiera ni con su propia gestión, sino con la llevada a cabo por el INSALUD: la gestión económica de éste y sus deudas pendientes eran las determinantes también, mediante la proyección de los coeficientes poblacionales correspondientes, de la financiación atribuida a cada uno de los servicios de salud autonómicos.

Cuadro 15. Especificación de los instrumentos presupuestarios de las operaciones de saneamiento de la Tabla 17.

Las dotaciones crediticias de cada uno de los ejercicios que figuran en el Cuadro “Saneamiento 1991 – 1996” fueron fruto de las siguientes actuaciones por ejercicio:

1992

-Importe de 280.558.000.000 pesetas.

Crédito extraordinario, aprobado por el Real Decreto Ley 6/1992, de 13 de noviembre.

1993

-Importe de 140.282.000.001 pesetas.

Suplemento de créditos, autorizado por el Ministro de Economía y Hacienda.

1994

-Importe de 284.991.565.000 pesetas, según el siguiente desglose:

- 140.282.000.000 pesetas.

Suplemento de créditos, autorizado por el Ministro de Economía y Hacienda.

- 40.275.999.000 pesetas.

Ampliación de créditos, autorizada por el Ministro de Economía y Hacienda.

- 50.978.859.000 pesetas.

Ampliación de créditos, autorizada por el Ministro de Economía y Hacienda.

- 53.454.707.000 pesetas.

Importe de créditos, incluido en el presupuesto inicial, aprobado por el Parlamento de España

1995

-Importe de 57.886.101.132 pesetas, incluido en el presupuesto inicial, aprobado por el Parlamento de España

1996

-Importe de 82.886.102.000 pesetas, incluido en el presupuesto inicial, aprobado por el Parlamento de España

Esa falta de incentivos y de responsabilidad para y por la gestión propia, así como el hábito creado por las sucesivas “operaciones de saneamiento”¹⁶⁷ de las desviaciones presupuestarias del INSALUD no transferido, y la confianza en

¹⁶⁷ Para ver el importe económico de las sucesivas “operaciones de saneamiento” realizadas, así como los instrumentos presupuestarios y financieros utilizados para llevarlas a cabo ver la tabla 17 anterior.

que las deudas de éste serían cubiertas mediante esas operaciones extraordinarias, unidas a los déficits en los sistemas de información económica comentados, fueron determinantes de desviaciones presupuestarias y déficits en diferentes Servicios de Salud. De la existencia y cuantía de éstos durante este período sólo se tuvo noticia indirecta a través de las demandas de pagos atrasados efectuadas por los proveedores de diferentes bienes sanitarios, que hacían públicas de manera periódica ante los medios de comunicación, y que en aquel período apuntaban a déficits especialmente elevados por parte de Cataluña y Andalucía.

1.2) En relación con la distribución de la financiación.

El artículo 82 de la Ley General de Sanidad, citado antes, establecía que la distribución de fondos a las CCAA que recibieran los traspasos correspondientes de la asistencia sanitaria debería hacerse siguiendo el criterio de la “población protegida”. Sin embargo, el mismo precepto legal prevé el establecimiento de una valoración de la cuantía económica en la que deben cifrarse los traspasos diferente al criterio anterior: en el momento del traspaso la norma indica que cada CA debe recibir una cuantía equivalente a la que se hubiera gastado en el territorio autonómico el año anterior. Esa proporción constituía en cada caso una proporción del gasto total del INSALUD no transferido que no coincidió de manera exacta en ningún caso con el porcentaje de la “población protegida” en el territorio correspondiente respecto al total de la población. Para llegar al ajuste entre ambas cifras y que la financiación se hiciera finalmente con arreglo al criterio establecido la ley preveía un ajuste entre ambas cifras, de sentido positivo o negativo, durante un período de diez años, al cabo de los cuales la financiación debería hacerse con el criterio citado.

Ese esquema teórico adoleció de una aplicación diferente de todos los criterios mencionados:

- en primer lugar, del coste efectivo de los servicios durante el año anterior. Éste debía incluir en cada caso no sólo el coste territorializado de los servicios traspasados, objeto por sí mismo de distintos criterios potenciales de valoración con los sistemas de contabilidad de que disponía el INSALUD, sino también una proporción variable del coste de los servicios centrales del Instituto.

- en segundo lugar, el concepto de “población protegida” no era tampoco un concepto unívoco. La base de cálculo en cada caso era el censo disponible en cada momento, una cifra por sí misma variable teniendo en cuenta que el censo se

actualizaba y se actualiza en España cada diez años, lo que provocó de entrada que las base de calculo fueran distintas en los traspasos efectuados en un período en el que, desde 1981, fecha del primer traspaso a Cataluña, y 1994, a Canarias, el último de los realizados en esta fase, mediaron trece años.

Pero además, el censo era en cada caso sólo la base del cálculo, de la que había que restar los colectivos que en cada territorio disponían de un régimen de cobertura diferente al de la “Seguridad Social”, transformado por la Ley y de hecho en la base de la constitución del Sistema Nacional de Salud. Esos colectivos incluían, además de la población de las Mutualidades de funcionarios no adscritas al sistema general de protección, algunos colectivos con regímenes de Seguridad Social específicos, como el Instituto Social de la Marina, con presencia importante en diferentes territorios, con la excepción de Navarra, en los que se llevaron a cabo los traspasos en este período. Ni siquiera el descuento de la población de este régimen especial se realizó de manera homogénea en todos los territorios, siendo en este caso Galicia la más perjudicada por un descuento estricto de esa población, que en otros casos, y por razones de afinidad política, de hecho no se aplicó.

Cuadro 16. Criterios de financiación aplicados a las CCAA que recibieron los traspasos del INSALUD antes de 1994.

Criterio aplicable	C. Autónoma
1. Porcentaje de coste de los servicios en el momento del traspaso	Valencia
2. Porcentaje de coste de los servicios en el momento del traspaso, excepto para la inversión nueva en la que se aplica el porcentaje de población de derecho	Andalucía (*)
3. Población de derecho en el momento del traspaso, con un período transitorio de acercamiento desde el porcentaje de coste de los servicios	Cataluña
4. Población protegida en el momento del traspaso, con un período transitorio de acercamiento desde el porcentaje de coste de los servicios	Galicia
5. Índice de imputación del cupo y de la aportación	País Vasco Navarra

(*) Como consecuencia de Resolución de 23 de noviembre de 1993 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social se aplica al período 1986-1991 el coeficiente de población protegida en el momento del traspaso, con un período transitorio de acercamiento desde el porcentaje de coste de los servicios. A partir de 1992 se aplica el coeficiente de población protegida actualizado a partir del censo de población de 1991.

Fuente: "Bases para la reforma del sistema de financiación de la asistencia sanitaria Dirección General de Presupuestos Ministerio de Economía y Hacienda. Enero 1994.

Tampoco fue homogénea la aplicación del período de adaptación, supuestamente de diez años, entre los dos coeficientes citados. En la tabla 7 anterior se han expuesto las cifras correspondientes a la aplicación de los coeficientes respectivos a cada una de las

CCAA, que pone en evidencia un diferente criterio de aplicación real a cada caso. El cuadro 16 pone por su parte de manifiesto también un diferente criterio teórico utilizado en cada caso en la distribución de la financiación. Es evidente que, como se ha señalado en el apartado anterior relativo a los traspasos, los diferentes criterios financieros aplicados no contribuyeron al establecimiento de una “conciencia de Sistema”. Más bien al contrario, contribuyeron a orientar la valoración de los servicios sanitarios por parte de las CCAA como un contribuyente neto al logro de niveles de mayor financiación sobre bases no objetivas ni homogéneas, para cuyo beneficio se utilizaron en cada caso argumentos e instrumentos diversos.

d.2) Las reformas intrroducidas en la financiación del Sistema sanitario entre 1986 y 1996.

2.1) La reforma de 1989.

Esta reforma afectó al origen de los fondos de la financiación de la asistencia sanitaria, sin consecuencias inmediatas, por el contrario, sobre su distribución.

En su momento consistió más en un cambio de criterios contables que en una reforma real, pero sus efectos a medio plazo deberían haber tenido una gran importancia sobre la diferenciación teórica de la cobertura sanitaria respecto a otras prestaciones de la Seguridad Social. El que la importancia de esos efectos quedara reducida casi al ámbito teórico, como en otros aspectos ya comentados de la LGS, se debió probablemente en buena parte a la forma en la que se produjo este cambio, que pasó desapercibido para la mayoría de quienes no habían participado directamente en la misma. Esto llevó a que los efectos que se deberían haber derivado del cambio introducido en las fuentes de la financiación sanitaria en el reconocimiento del derecho a la protección de la salud como una prestación universal y vinculada a la ciudadanía, y no a la de trabajador cubierto por la Seguridad Social, a los que se ha hecho referencia anteriormente, no tuvieran lugar ni entonces ni posteriormente. Lo mismo ocurrió con los mecanismos de distribución de la financiación sanitaria al INSALUD y entre las CCAA, como se explica a continuación.

El cambio consistió en el intercambio a efectos contables de la financiación de la asistencia sanitaria, que pasó de estar sostenida en una proporción cercana al 80% por la Seguridad Social a estarlo en la una proporción similar con fondos fiscales del Estado, por la financiación de las pensiones no contributivas, que de estar sostenidas con fondos fiscales pasaron a financiarse a partir de ese momento por la Seguridad Social. Una y otra financiación siguieron a partir de entonces su propia evolución conforme a la del

gasto correspondiente y, de manera progresiva, se fue reduciendo la proporción de la aportación de la Seguridad Social a las partidas sanitarias, hasta culminar con su desaparición completa en 1999, una situación que no se da siquiera en ninguno de los países con Servicio Nacional de Salud (Rey Biel, 2006).

El intercambio fue posible porque la cuantía de una y otra partida eran similares en cifras reales en aquel momento, por lo que no supuso entonces en realidad ningún aumento de gasto ni de la Seguridad Social ni del Estado, sino tan sólo una modificación del destino de las partidas presupuestarias correspondientes, lo que se ha calificado por ese motivo como un cambio “contable”. Su autor, como no podía ser de otra manera en coherencia con ese procedimiento y esa razón, fue un Inspector de Hacienda, Eduardo Arrojo, que ocupaba en aquel momento la Secretaría General de Sanidad en este Departamento y, como tal, la presidencia del INSALUD.

Desde un punto de vista teórico general no cabe poner en cuestión la coherencia de la medida, puesto que suponía proyectar al terreno financiero el criterio de que la protección sanitaria era independiente de la disponibilidad o no de la cobertura de la Seguridad Social, vinculada en todo caso, incluso en la condición pasiva de beneficiario, a un puesto de trabajo. Y que, como tal, debía financiarse principalmente con cargo a una fuente a la que contribuyeran de la misma forma en cuanto a concepto, aunque lo hicieran en diferente proporción según su situación económica, quienes, como ciudadanos españoles, o en alguna de las situaciones asimiladas en la Ley a esa condición, tenían derecho al acceso a ese sistema específico de protección.

Ésa era, por otra parte, como he explicado ya antes, la pauta seguida e incluso una de las condiciones diferenciales de los Servicios Nacionales de Salud, a los que el diseño establecido en la LGS pretendía homologar, con sus especificidades relacionadas sobre todo con la descentralización, el Sistema Nacional de Salud.

Se trataba, por otra parte, de un proceso de diferenciación por prestaciones de las fuentes financieras de la Seguridad Social en la línea de lo que años más tarde, en 1995, se recogió en el llamado Pacto de Toledo, para el mantenimiento de las pensiones¹⁶⁸.

¹⁶⁸ El llamado Pacto de Toledo, por la ciudad en la que se elaboró su diseño original, que contó con el acuerdo de los agentes sociales, patronal y sindicatos, se sometió después a tramitación parlamentaria. La Comisión de Presupuestos del Congreso, a propuesta de CiU, se convirtió en Ponencia para la elaboración de un texto que, sometido después a votación del Pleno del Congreso, se aprobó por todos los grupos parlamentarios, con un solo voto en contra y dos abstenciones y el criterio contrario del PNV, que mantuvo dos enmiendas relacionadas con cuestiones competenciales sobre la Seguridad Social, el 6 de abril de 1995.

Sin embargo, el escaso relieve político que se dio a la medida, y como tal también a la coherencia de ese diseño con la universalización efectiva de la protección sanitaria, dio lugar a que, lo mismo que ocurrió con la gestión de otras previsiones contenidas en la LGS, la situación de la gestión presupuestaria no cambiara para nada en la práctica: la Tesorería General de la Seguridad Social siguió siendo el órgano depositario de los presupuestos sanitarios y el distribuidor de los mismos mes a mes al INSALUD y las CCAA que habían recibido o recibieron los traspasos; lo que permitió con eso al órgano gestor seguir utilizando a favor de las prestaciones de su ámbito propio la gestión de la caja, de manera que, cuando se producían problemas momentáneos de liquidez, eran los servicios sanitarios quienes seguían sufriendo retrasos en sus percepciones. Ese tráfico de los presupuestos sanitarios a través de la Tesorería de la Seguridad Social se mantiene hasta ahora, siete años después de que se completasen los traspasos de la asistencia sanitaria y de que se aprobase un nuevo sistema de financiación. El alcance de éste no llega, sin embargo, a influir sobre los detalles del tráfico y la gestión de los activos financieros sanitarios.

Como se ha indicado en el apartado correspondiente, el reconocimiento del derecho a la protección de la salud, y en concreto la emisión de la tarjeta sanitaria, siguió y se sigue haciendo también a partir de la acreditación por la Seguridad Social de la disponibilidad de cobertura por este sistema, fuera en condición de activo o beneficiario.

Ese conjunto de situaciones de hecho configuran un panorama de escasa coherencia con la teórica separación, no sólo financiera, de la protección sanitaria del ámbito profesional de la Seguridad Social. Y contrasta a su vez más aún con la interpretación legal del ejercicio de las competencias sanitarias que se ha hecho por la mayoría de los juristas tras los traspasos, con consecuencias directas contrarias al ejercicio de la coordinación en las materias sanitarias. Terreno en el que se da la paradoja de que las únicas acciones de coordinación que no han sido puestas en cuestión, como las indicadas, se llevan a cabo de hecho por órganos de la Seguridad Social, el ámbito del que supuestamente, y con arreglo a los criterios jurídicos varias veces citados, la asistencia sanitaria se desgajó.

2.2) La reforma de 1994.

El carácter de esta reforma fue por completo distinto al de la anterior. Con ella se intentó dar solución a algunos de los problemas derivados de la aplicación del sistema de financiación previsto en la LGS a los que se ha hecho alusión en el apartado

anterior, sobre cuya necesidad de solución se alcanzó un elevado grado de acuerdo en el conjunto del sistema sanitario.

Se trató por las mismas razones de una reforma llevada a cabo tras una discusión más o menos explícita y pública de los problemas que afectaban a la financiación sanitaria. En el ámbito final de la negociación y la adopción de medidas el papel decisivo para lograr el acuerdo autonómico fue el Consejo de Política Fiscal y Financiera. Este dato resulta revelador del interés preferente y la preocupación de las áreas económicas de los diferentes gobiernos, tanto el central como los autonómicos que habían recibido los trasposos en asistencia sanitaria, por el control del gasto sanitario más que por la contribución de la propia financiación sanitaria al mantenimiento y la consolidación de un sistema sanitario que con gestión descentralizada ofreciera una protección universal.

Como una expresión añadida de ese interés, los cambios introducidos en el sistema de financiación para resolver algunos de los problemas a los que se ha hecho alusión se acompañaron (de manera forzada) también en este caso de un compromiso de reducción del gasto por parte de todos los Servicios de Salud beneficiarios de los cambios introducidos. Lo que, en términos más precisos, se tradujo en una reducción global de los presupuestos sanitarios realizada conforme a las pautas de consignación de un objetivo global de ahorro indicadas antes por valor 90.000 millones de pesetas sobre la presupuestación establecida como referencia inicial. Esta medida, aceptada a regañadientes por todos los servicios de salud, que preferían en todo caso percibir las mejoras comprometidas, no preveía la reducción de determinadas partidas concretas, sino que su consecución se cifraba en la mejora de la gestión de todas ellas. Por otra parte, para su cálculo y la reducción de los presupuestos consiguientes se utilizó un método de distribución con arreglo a coeficientes poblacionales como el que se ha descrito antes, sin prever siquiera ninguna medida del alcance de los logros obtenidos en la consecución de ese “ahorro” por la supuesta mejora de su gestión por cada Administración.

En cuanto a las medidas de reforma adoptadas, se concretaron en los siguientes aspectos:

-Suficiencia y estabilidad financiera.

Con la reforma se pretendía evitar la multiplicidad de conceptos presupuestarios (“presupuesto inicial”, “presupuesto liquidado”, “gasto real”) a que se ha hecho

referencia antes y, sobre todo, evitar los efectos negativos que esa variedad de medidas tenía sobre la eficiencia en la gestión financiera del Sistema Nacional de Salud.

Para ello se adoptó como cifra “real” de gasto el gasto efectivo del INSALUD no transferido en 1993, proyectando esta cifra al conjunto del Sistema conforme al método de proporción a la población que ya se ha descrito. Se desechó, en consecuencia, el gasto en el que hubieran incurrido las diferentes CCAA que hubieran recibido los traspasos (que, como se ha indicado, representaban “sólo” el 40% de las CCAA, pero el 60% de la población).

A partir de ese presupuesto del INSALUD, proyectado a cada una de esas CCAA por el método indicado, se estableció una previsión presupuestaria para cada uno de esos servicios para el plazo entre 1994 y 1997, ajustando el crecimiento de cada año a la tasa prevista de variación nominal del PIB. Aunque partiendo de una cifra que lo más probable es que no se correspondiera (en sentido positivo o negativo) con su gasto del año anterior, cada Servicio de Salud podría así prever cada año su presupuesto para el período citado, con independencia del presupuesto posterior del INSALUD en esos plazos, lo que suponía por sí mismo una ventaja sustancial con respecto a la situación anterior.

Por el contrario, como se ha indicado, no pudo evitarse que en el cálculo de la financiación para 1994 se introdujera el ahorro de 90.000 millones ya citado, que proyectaba de entrada sus efectos a los años posteriores a través de los coeficientes previstos sobre el presupuesto “inicial” del INSALUD para 1994. Este cálculo se hizo aún más complejo, y sus efectos derivaron en perjuicios añadidos para garantizar la suficiencia y la estabilidad financiera buscadas con el nuevo método, cuando una vez finalizado el ejercicio de 1994 la gestión del propio INSALUD dio lugar a un ahorro mayor al previsto en la cifra correspondiente. Esa cifra de ahorro del INSALUD se pretendió proyectar al conjunto del Sistema y a cada Servicio de Salud traspasado, elevando la cifra de ahorro inicial para el conjunto del Sistema hasta la cifra de 150.000 millones de pesetas, con las repercusiones consiguientes sobre los presupuestos de cada uno de los Servicios de Salud que se hicieron efectivos en años sucesivos. Originado este problema durante el último mandato del Partido Socialista de este período, la cuestión sólo se resolvió años más tarde, cuando los partidos nacionalistas catalán y vasco, que se encontraban a la cabeza de sus gobiernos respectivos, pusieron como condición para apoyar la investidura del candidato del PP al gobierno de la nación en 1996 el libramiento de cantidades equivalentes a las derivadas del cálculo citado, en una

nueva modalidad de “operación de saneamiento” resuelta al margen de las consideraciones sanitarias más estrictas.

-Homogeneidad en la aplicación de los criterios conducentes a la determinación de la financiación.

Al explicar el sistema de financiación puesto en marcha tras la LGS se ha resaltado que, aunque se tratase de un método de cálculo aparentemente homogéneo, en su desarrollo se aplicaron criterios distintos tanto en la base de cálculo de la población protegida en cada territorio, como en la exclusión de diferentes colectivos para llevar a cabo ese cálculo, e incluso en la aplicación del período de adaptación entre el criterio inicial del gasto efectivo y el horizonte determinado por el coeficiente correspondiente a la población.

Como base de cálculo de la población protegida se adoptó de manera común el censo de marzo de 1991, con independencia del momento en que cada CA hubiera recibido el traspaso.

También se homogeneizó el cálculo de la población que debería quedar excluida del mismo, estableciéndose que sólo se restarían del censo general del año citado los colectivos acogidos a las entidades del Mutualismo administrativo (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) que no optasen por recibir su atención a través del Sistema Nacional de Salud y que, por el contrario, optasen por hacerlo a través de la compañías privadas de seguros sanitarios concertadas con cada una de esas Mutualidades.

Por último, se estableció un plazo homogéneo de finalización, en 1997, de la adaptación de los coeficientes derivados del gasto efectivo inicial al coeficiente de población, con independencia de que esa adaptación se hubiera iniciado o no en años previos. Los coeficientes resultantes de esa homogeneización, que sólo en el caso de Andalucía se aplicaron con efectos retroactivos para un solo año, se pueden ver en la tabla 7.

-Sistema automático de participación de las CCAA en los incrementos presupuestarios de cualquier causa, con la condición añadida del carácter limitativo de los presupuestos, que sólo podrían ampliarse mediante crédito extraordinario aprobado por Ley.

La primera de estas medidas se dirigía a evitar las desigualdades financieras derivadas de las diferencias en el plazo de libramiento de los fondos que se producían de hecho entre el INSALUD y las CCAA que habían recibido los traspasos, especialmente llamativas en el caso de los ingresos derivados de la liquidación del

presupuesto del año anterior, que para el Instituto se hacían efectivas en fase aún provisional, mientras que para las CCAA se demoraban hasta que se hubiera consolidado la liquidación. Mediante la segunda se trataba de limitar la discrecionalidad en la ampliación de los créditos sanitarios (las “operaciones de saneamiento” previas), sometiendo esa posibilidad a los impedimentos tanto justificativos como de tramitación que se derivaban de la ruta obligada establecida para cualquier ampliación.

-La reforma preveía además el *diseño de un sistema centralizado de información económica sanitaria*, sin introducir, sin embargo, ningún condicionante financiero para hacer obligada su implantación. Tal ausencia de medidas de coacción siquiera limitada para lograr su puesta en marcha determinó que esa previsión quedara, como en otros casos, en agua de borrajas, ante la oposición abierta de todas las CCAA que disponían del traspaso de los Servicios de Salud autonómicos, celosas de su propia independencia en la gestión, y poco inclinadas a someterse a controles externos a su propio ámbito autonómico de actuación.

- Por último, la reforma preveía también el *establecimiento de un sistema de compensación económica por la atención sanitaria a pacientes desplazados*, que debería aprobarse por el Consejo Interterritorial.

Por razones de diferentes prioridades en la demostración de los desplazamientos por parte de diferentes CCAA (Andalucía y la Comunidad Valenciana se orientaban principalmente al cobro de las recetas de desplazados vacacionales; Cataluña, a la atención hospitalaria de pacientes con patologías complejas derivados a centros de prestigio de aquel territorio para su tratamiento) el sistema no se llegó a poner en marcha nunca. A ello contribuyó también la dispersión de las características de las tarjetas sanitarias emitidas por diferentes CCAA, cuyo diseño homogéneo hubiera permitido hacer sencilla la facturación de cualquier de los productos citados a un precio acordado. Así ocurre por ejemplo en Canadá, donde no es necesario un mecanismo centralizado de facturación.

Por el contrario, el Sistema (las CCAA) se inclinó desde el principio por el establecimiento de un procedimiento que supusiera la aportación de cantidades adicionales a la financiación recibida por cada una de las CCAA, y financiado por el Estado. Un mecanismo que prefiguraba el establecimiento de otro fondo adicional, denominado en ese caso “de cohesión” en la Ley de ese nombre que se aprobó en 2003.

El precedente más real de esta medida se estableció en el propio acuerdo de financiación de 1994, en el que, con el fin de compensar a los diferentes Servicios por

los desplazamientos ocurridos en el pasado, se estableció la dotación de tres anualidades a partir de 1995, de 10.000 millones de pesetas el primer año y 15.000 los dos siguientes, que se distribuyeron entre los Servicios de salud con los mismos criterios derivados de los coeficientes poblacionales a los que se ha hecho repetida alusión.

La descripción realizada de esta reforma de 1994 permite por último observar que en aquel momento no existía una previsión de cierre de los traspasos de la asistencia sanitaria a las CCAA restantes, ni tampoco del modelo organizativo y financiero del Sistema que debería establecerse una vez completados esos traspasos: el referente financiero seguía siendo el INSALUD no transferido, a pesar de que ya sólo suponía el 40% de la población y, en proporción similar, del gasto sanitario, y aunque se estableciesen algunas cautelas como las que se han explicado para evitar que de esa situación de referencia se derivasen diferencias desproporcionadas en el trato económico dado al propio Instituto y a los servicios de salud autonómicos, de cuya gestión, por otra parte, se carecía de información fiable.

e) Los cambios en la gestión de los servicios sanitarios entre 1986 y 1996.

e.1) La “gestión” de los servicios sanitarios entre 1986 y 1990.

En los capítulos referidos al período comprendido entre 1982 y 1986, previo a la aprobación de la Ley General de Sanidad, y en el correspondiente a esta última, he hecho ya referencia a los cambios introducidos en la gestión de los servicios sanitarios en esos plazos, y a las escasas previsiones relativas a esta cuestión en el mencionado texto legal.

En esos textos (apartado II.4.c.1) y apartado II.4.d)) he señalado ya que los cambios introducidos se refirieron ante todo a dos cuestiones principales: en primer lugar, el nombramiento de “gerentes” inicialmente no sanitarios en ciertos casos destacados en algunos de los centros públicos de mayor tamaño y prestigio; y en segundo lugar, al establecimiento de un sistema de indicadores de actividad de los centros (el “Nuevo modelo de gestión hospitalaria”), encaminado a permitir el inicio de la comparación, no sólo de la actividad, sino también del coste por unidad de asistencia, entre unos y otros.

El escaso nivel de previsión acerca de la gestión de los centros sanitarios en la Ley General de Sanidad suponía, por su parte, de hecho la previsión, realizada a la inversa, del mantenimiento de la formas habituales de gestión propia de las instituciones

sanitarias de la Seguridad Social; e incluso, más allá, el mantenimiento de la forma organizativa, por niveles asistenciales, y con una distribución territorial vinculada a la organización territorial del Estado y a la provincial propia de la gestión del INSALUD, a la que la Ley (artículo 56) añadió la creación de Áreas de Salud, a definir por cada CA.

Visto desde la organización sanitaria, en el período que transcurrió entre 1986 y 1990, en coherencia con las posiciones y previsiones legales citadas, no se produjo ningún cambio significativo en la gestión de los servicios sanitarios, salvo la adaptación a las estructuras de gestión diseñadas en las normas previas a la Ley de organización de los centros hospitalarios y de atención primaria comentadas en apartados anteriores, que la propia Ley no había puesto en cuestión. Unas y otras se caracterizaban por el aumento proporcional y en cifras absolutas del personal dedicado a la gestión de ambas clases de centros.

Algunos trabajos confirman que eso es lo que ocurrió en la práctica: basado en las Estadísticas anuales de Establecimientos Sanitarios en Régimen de Internado de años sucesivos, una de las series estadísticas de mayor tradición en España, que viene recogiendo datos de los hospitales desde principios de los años 70, uno de esos trabajos (Arruñada, 1995), que, sin embargo, no diferencia las cifras correspondientes a los hospitales del INSALUD de las de otros hospitales públicos de diferente dependencia, estima que el personal directivo de los hospitales públicos aumentó entre 1983 y 1990 en un 261%, y que el personal administrativo intermedio de los mismos centros aumentó en un 154%, frente a un crecimiento del personal total del 31%.

Aún sin disponer de cifras precisas de aquellos años, la creación de los Equipos de Atención Primaria como vehículo de la reforma de la atención a ese nivel supuso por sí misma a medida que se fueron implantando la multiplicación de cargos “de gestión” del mismo nivel de atención.

Por otra parte, el escaso atractivo retributivo en comparación con la retribución ofertada en otros sectores ofrecido a través de contratos “de alta dirección” a quienes se quisieran incorporar a la gestión de los centros públicos sanitarios desde fuera del sector había provocado ya antes de este plazo que la mayoría, si no la totalidad, de esos “gerentes” externos hubiera abandonado ya la gestión de los centros públicos.

Por el contrario, como se describe en el apartado siguiente relativo a las políticas relativas al personal sanitario durante este período, los incentivos de hecho para la incorporación a la administración y la gestión de los servicios sanitarios se dirigieron de

manera preferente hacia el personal asistencial de los propios servicios. Lo característico de este movimiento, no expresado en ninguna norma o programa específico, es que no se detuvo en los niveles calificados como “de gestión” en la estructura organizativa previa, sino que facilitó también la incorporación de personal asistencial a la estructura más característicamente administrativa de la organización del INSALUD, tanto a sus niveles provinciales como centrales. A ello, como se comenta igualmente en ese apartado siguiente, contribuyó también de manera significativa a partir de 1987 la salida dada al conflicto de raíz salarial que se produjo en aquel año.

A su vez, las características políticas del equipo ministerial que pasó a gestionar las competencias sanitarias después de la elecciones de 1986, a las que he hecho referencia en la introducción de este capítulo, contribuyeron a dar un sesgo aún más acentuado de afinidad política, controlada sobre todo desde la Subsecretaría del Departamento, a los nombramientos de este carácter efectuados en este plazo.

Por diferentes autores se han resaltado diferentes efectos de la incorporación a la “tecnoestructura”, en términos de Mintzberg (1979, 1983; Rey del Castillo, 1998 I, p. 313-320), de personal asistencial, en especial de médicos, entre los que se encontraron algunos de los que habían defendido más significativamente la necesidad de potenciar y reformar la sanidad pública, proceso que se comenta más ampliamente en el apartado siguiente. Para algunos (Marset, 1990) el efecto principal de esa incorporación fue la asimilación dentro del aparato burocrático y la pérdida de potencial reivindicativo del colectivo médico “progresista”, opinión que he compartido parcialmente en el apartado II.4.c.1) anterior, y en otro trabajo reciente (Rey del Castillo, 2009 a).

En otros casos (Elola 1991, p. 190) se ha destacado como efecto más relevante en aquel momento para el futuro del Sistema Nacional de Salud que la incorporación de los médicos asistenciales a la gestión modificó la ideología profesional de la “tecnoestructura”, alejándola de la centralización de las decisiones y la formalización de la actividad que caracterizaban anteriormente a la organización sanitaria como una burocracia mecánica. Esa situación habría provocado supuestamente *“una presión sobre las estructuras centrales del INSALUD en el sentido de una mayor descentralización, autonomía de gestión y modificación del control formal previo, característico de la administración pública, por una evaluación basada en el cumplimiento de objetivos. De la respuesta que den las estructuras centrales del Ministerio de Sanidad y Consumo y del INSALUD a estas demandas dependerá la*

efectiva transformación del INSALUD, estructura burocrática en la actualidad, en una verdadera empresa de servicios”.

Por mi parte, sin poner en cuestión la existencia de esas demandas de autonomía de gestión y modificación del control formal previo a niveles concretos (en el manejo presupuestario, en la contratación de personal), considero, por el contrario, que cabe poner en cuestión (Rey del Castillo, 2009 a) que la incorporación de personal asistencial a las funciones de la tecnoestructura, debida en buena parte, como he indicado en los apartados II.4.a y b previos, a la desconfianza respecto a los cuerpos de funcionarios sanitarios que desempeñaban previamente esa función, supusiera en realidad la constitución de una nueva “tecnoestructura” de la organización sanitaria.

El sistema sanitario en su conjunto, y no sólo centro a centro, seguía precisando en todo caso de la existencia de esa parte de la estructura de la organización y de las funciones propias de ésta. Esas funciones, en términos de Mintzberg (1979, 1983; Rey del Castillo, 1998 1, p. 318-319) suponen desde el establecimiento de estándares organizativos y de funcionamiento de la organización y controles de su desarrollo y aplicación hasta el desarrollo de propuestas innovadoras para el desarrollo de la propia organización. Quienes desde el ámbito asistencial se incorporaban al lugar ocupado por la tecnoestructura (o más bien pasaron a rellenar parcialmente¹⁶⁹ el hueco dejado en ésta por quienes venían desempeñando previamente y de manera más o menos efectiva esas funciones) sin ninguna preparación específica para ello no desarrollaron ni de manera colectiva ni a título individual, salvo escasas excepciones en un período posterior, ninguna de las funciones indicadas, ni mucho menos propuestas específicas para la innovación de la organización y la gestión sanitaria.

Como buena muestra de ello puede servir el escaso número de trabajos publicados durante esos años por personal de la procedencia indicada relativos a la reforma de la organización y la gestión de los servicios sanitarios. Y ello pese a que al inicio del período se había producido la constitución, apoyada desde el ámbito del propio Ministerio de Sanidad, más concretamente desde la Subsecretaría del Departamento, de una sociedad científico-administrativa, la de Salud Pública y

¹⁶⁹ Otra parte de ese hueco, salvo funciones residuales relacionadas con el control de ciertos procesos concretos, como la concesión de la bajas laborales, se rellenó con personal de ciertos cuerpos generales de la Administración, en especial los denominados ahora “Administradores Civiles del Estado” (los antiguos Técnicos de la Administración Civil, un cuerpo creado para el desarrollo y la aplicación de la Ley de Procedimiento Administrativo de 1959), que carecían y siguen careciendo de cualquier conocimiento preciso sobre las especificidades de los servicios sanitarios y de su gestión (Rey del Castillo, 2009 a)

Administración Sanitaria (SESPAS), que aspiraba a reunir en su seno tanto a las personas individuales implicadas de una u otra manera en la gestión en aquellos años, como a las sociedades preexistentes que agrupaban a diferentes colectivos vinculados a las actividades relacionadas con el funcionamiento de los servicios sanitarios (desde la Sociedad Española de Epidemiología a la de Gerentes de Hospitales, a las que se fueron uniendo después otras muchas). La SESPAS se dotó de un órgano de expresión, la Gaceta Sanitaria, asumiendo la cabecera de una publicación que era editada hasta entonces por el Ayuntamiento de Barcelona. La búsqueda de publicaciones relacionadas con la reforma de la gestión de los servicios sanitarios en ese órgano ofrece unos resultados casi nulos en aquel período, que contrastan con la orientación preferentemente relacionada con la epidemiología y los estudios cuantitativos de esta naturaleza que han seguido caracterizando de manera dominante esta publicación hasta la actualidad.

Desde el punto de vista de la actividad científico-administrativa relacionada con la gestión sanitaria, en aquellos años empezó, por el contrario, a destacar la de una asociación creada algunos años antes, la Asociación de Economía de la Salud. Ésta, aunque se “federó” en la SESPAS, mantuvo, como otras, su propia actividad, especialmente activa en este caso, un órgano propio de expresión, y la celebración de unas Jornadas anuales, que a las alturas del año 2009 alcanzan su XXIX edición. Es en este ámbito en el que en el período que se está comentando empezaron a hacerse algunas reflexiones sobre la reforma de la gestión de los servicios sanitarios, y sobre las razones (se invocaban especialmente razones de eficiencia, de manera semejante a las invocadas en otras áreas de la Administración y en otros países, como se indica a continuación) que la hacían necesaria¹⁷⁰.

Otros economistas de renombre hicieron también en fechas cercanas a aquellos años algunas reflexiones acerca de la necesaria mejora de la eficiencia en la organización de los servicios sanitarios, entre otros servicios públicos, como instrumento de su sostenibilidad, así como de los límites en que podían moverse las medidas a adoptar para ello (Segura, 1991).

Tales reflexiones no pueden considerarse, sin embargo, como propias del propio sistema sanitario ni de sus diversos actores, sino como externas a aquél. Entretanto, y

¹⁷⁰ Se pueden ver, por ejemplo, los artículos, publicados en 1988 en el número 37 de la revista Papeles de Economía Española, Aspiraciones colectivas y eficiencia en el sistema sanitario (Costas i Terrones, 1988) y Gasto Público en asistencia sanitaria (Barea, 1988).

durante los plazos comentados, la gestión del sistema sanitario se encontraba ante todo enfrascada en sus propios problemas cotidianos, y en su control político y económico. Con la peculiaridad de que el control del gasto sanitario se hacía con los instrumentos diseñados desde fuera del propio sistema sanitario por las áreas económicas de todos los gobiernos que tenían o iban asumiendo competencias en su gestión.

e.2) El contexto de las reformas de la gestión pública en otros sectores y países.

Los años 80 se pueden caracterizar como el período en el que se desarrollaron más ampliamente propuestas y procesos de reforma en diferentes sectores de la Administración española y en los servicios sanitarios de otros países, que aunque carecieron de repercusión directa inmediata sobre los servicios sanitarios españoles, tuvieron influencia sobre las medidas orientadas a la reforma de la gestión que se plantearon después en el sistema sanitario público español.

La imposibilidad de caracterizar de manera pormenorizada en este texto esas propuestas y procesos, que han sido en todo caso objeto de amplios análisis accesibles en textos en español¹⁷¹ obliga a describir de manera concisa algunas de las líneas definitorias de unas y otras.

En cuanto al origen de esos procesos de reforma en la gestión pública, hay que situar las propuestas en el contexto económico de la crisis económica de mediados de los años 70, en coincidencia con la expansión creciente del papel de los Estados para proveer más y más amplios servicios. La coincidencia de ambas situaciones determinó la imposibilidad de que siquiera el mantenimiento de las prestaciones y servicios públicos pudiera lograrse con el recurso al aumento presupuestario y el déficit que se habían venido utilizando hasta entonces. Las políticas de corte keynesiano que se habían venido manteniendo de una u otra forma se pusieron en cuestión por los análisis económicos monetaristas que han venido dominando desde aquel momento. El control y la reducción del gasto público y la puesta en cuestión de la eficiencia del mismo están, por tanto, en la raíz de todas esas propuestas y proyectos de reforma de la gestión pública, que en cada sitio adquirieron una extensión y una forma diferentes (Hernández, 2009).

¹⁷¹ Entre las reflexiones “autóctonas” realizadas en aquellos años se pueden ver unas “*Reflexiones para la modernización de la Administración del Estado*” (Ministerio par las Administraciones Públicas, 1990), o las realizadas en unas “*Jornadas para la Modernización de las Administraciones Públicas*” (Ministerio para las Administraciones Públicas, 1991). En los mismos años el mismo Ministerio inició la publicación de diferentes textos de distintos autores, tanto españoles (Subirats, 1989) como de otros países (Metcalfé, 1989; Lindblom, 1991; OECD, 1997) conteniendo análisis relativos a la misma cuestión.

En cuanto a aquéllos, sin que siguieran una secuencia obligada igual en todos los países, las medidas que se propusieron para lograr la reducción del gasto público y la mejora de su eficiencia, que se reunieron bajo la denominación común de “Nueva Gestión Pública” (New Public Management, NPM por sus siglas inglesas)¹⁷², comenzaron por acudir a la gestión de lo público por gestores con experiencia en el sector privado, y a la utilización de técnicas de gestión propias de las entidades privadas en el ámbito público. Otro tipo de medidas de reforma se orientaron a la descentralización de las responsabilidades en niveles de gestión más bajos o periféricos dentro de las organizaciones, a la sustitución del control previo de legalidad por el control de resultados, y a políticas de personal orientadas a poner en relación las retribuciones con los objetivos conseguidos. Y, desde el punto de vista de la relación con los ciudadanos, a la sustitución de este concepto por el de cliente.

Para algunos autores (Hernández, 2009) se trató en todo caso en la mayoría de los países de un conjunto de medidas fragmentadas, sin un modelo conceptual que las guiara y diera cohesión, y con un desarrollo más retórico que político. Para otros, el NPM no es sino una ideología más ligada a las lógicas del mercado que a las del servicio público, que trataba de imponer el modelo de administración anglo-norteamericano, menos vinculado al control de legalidad y a modelos organizativos precisos, como sinónimo de modernidad (Torres, 2004)

2.1) La reformas de la gestión en el ámbito español.

En el caso de las administraciones públicas españolas, el acceso del PSOE al poder central a final de 1982 dio lugar a la promulgación algo menos de dos años más tarde de la Ley 30/84, de medidas para la reforma de la Función Pública. Esta norma dio pie a algunas medidas novedosas. Entre ellas, la desaparición de la adscripción de funciones y puestos de trabajo a cuerpos específicos de la Administración (con las excepciones que se comentan en el apartado siguiente en lo que se refiere al personal sanitario); o la unificación de cuerpos que realizaran funciones similares; y la modificación del sistema retributivo aplicable al personal funcionario, que supuso la introducción de determinados complementos diferenciales vinculados al puesto de trabajo según las características y trascendencia económica de la gestión realizada (lo que dio lugar a las “relaciones de puestos de trabajo”), así como la de un complemento

¹⁷² Una descripción del concepto y su evolución, y su desarrollo en España, puede encontrarse en García Sánchez (2007).

de “productividad”, de difícil aplicación diferencial no arbitraria posterior, de manera especial en ciertas actividades y servicios.

Esa norma preveía también, sin duda por considerar que se trataba de un problema de importancia en aquel momento para las Administraciones Públicas, el establecimiento de un régimen más riguroso y efectivo de incompatibilidades del personal al servicio de las mismas, que se desarrolló mediante Ley poco después, con la 53/84, de 26 de diciembre.

Con todo, la Ley de medidas citada se mantenía en un plano intermedio, en el que el control de legalidad seguía teniendo el papel principal.

El equipo ministerial que sustituyó al que había promovido y redactado esa Ley sustituyó de manera decidida ese enfoque, promoviendo un programa de “modernización” de las Administraciones Públicas (Ministerio para las Administraciones Públicas, 1990) cuyo desarrollo incluía la aplicación, adaptada a las condiciones específicas de nuestro país, de medidas similares a muchas de las que se han citado antes. La puesta en marcha de ese programa, que se desarrolló desde el Ministerio para las Administraciones Públicas y no se concretó en normas nuevas de manera inmediata¹⁷³, coincidió en todo caso con el período de finales de los ochenta que se está analizando, sin que, sin embargo, de esa coincidencia se derivara en el mismo plazo una proyección específica dentro del sistema sanitario español.

2.2) Las reformas de la gestión en los sistemas sanitarios de otros países.

Al igual que en el caso de las propuestas de reforma más generales en el ámbito de la gestión pública que se produjeron a lo largo de los años 80, tampoco en este caso es posible extenderse aquí sobre las reformas llevadas a cabo o iniciadas en distintos países europeos a lo largo del mismo período.

En todo caso sí cabe resaltar algunas de sus características más generales, haciendo referencia en especial a las que tuvieron lugar en dos países europeos, el Reino Unido y Suecia, cuyos servicios sanitarios se caracterizaban por estar configurados con arreglo a las características de los denominados “Servicios nacionales de salud”, es decir, con protección sanitaria universal vinculada a la condición de ciudadanía,

¹⁷³ Sí hay desarrollos legales más adelante, con normas como la Ley 30/1992, de régimen jurídico de las Administraciones Públicas y del procedimiento administrativo común, o la primera modificación de la Ley de contratos del Estado que tuvo lugar en 1995, cuyo desarrollo supuso sobre todo la adaptación de la contratación pública en España a las directivas europeas que regulan esta cuestión. La modificación de la naturaleza jurídica y las posibilidades de gestión autónoma de diferentes tipos de entidades públicas tuvo que esperar hasta 1997, ya con Gobierno del PP, en el que se promulgó la Ley 6 de ese año, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (LOFAGE).

financiación a través de impuestos generales (de ámbito local en buena parte en el caso de Suecia, dadas las peculiares características de la organización política, en condados, de aquel país), y provisión de los servicios esencialmente a través de medios de propiedad pública.

En otros trabajos (Rey del Castillo, 2000) he llamado ya la atención sobre la paradoja de que, siendo también la base argumental de las reformas de la organización y la gestión de los servicios acometidas en estos casos el control del gasto sanitario y la búsqueda de formas de gestión más eficientes, las reformas más profundas, como las llevadas a cabo en estos casos, afectarían de manera principal a sistemas que, con arreglo a los análisis comparados de sistemas sanitarios, resultaban los más eficientes¹⁷⁴.

Por el contrario, las reformas promovidas en esos años, salvo las referidas a la restricción de las prestaciones sanitarias ofrecidas en cada sistema, que afectaron a toda clase de sistemas, lo hicieron de manera menos importante a sistemas menos eficientes y con nivel de gasto más elevado: los “de Seguridad Social” (que ofrecían protección sanitaria a la población trabajadora cubierta por esos sistemas de Seguridad Social, se financiaban principalmente a través de cotizaciones sociales, y ofrecían la protección sanitaria mediante contratos entre las cajas de seguro y los centros sanitarios de diferente propiedad). Y no afectaron en absoluto al sistema “liberal” (en términos europeos) norteamericano, menos eficiente aún, que sólo ofrece protección sanitaria pública a grupo restringidos de población (pobres, ancianos, y veteranos del ejército), vincula la protección sanitaria del resto de la población al establecimiento de contratos al efecto entre las compañías privadas de seguro y las empresas, y dejaba y deja todavía (hasta el punto de ser uno de los problemas principales a resolver por la presidencia del presidente Obama, como lo ha sido de los presidentes anteriores, que han sido incapaces de resolver esta cuestión) sin cobertura sanitaria alguna a un porcentaje superior al 15%

¹⁷⁴ Ver a este respecto, además de la referencia cita más arriba, los trabajos, que no son ya reproducibles dados los cambios que se han introducido en los diferentes sistemas sanitarios, de Elola (1995; 1996). En todo caso la comparación de la eficiencia y resultados de diferentes tipos de sistemas sanitarios sigue siendo motivo de atención preferente, en especial por las transiciones, entendidas como la adopción de medidas en materia de cobertura, financiación u organización de la atención propias de unos sistemas por otros de constitución inicial diferente, que se están produciendo entre unos y otros. Puede verse a este respecto un trabajo reciente de Wagstaff (2009), en el que se concluye que *“adoptar por un país una financiación mediante seguros sociales con preferencia a la financiación por impuestos aumenta el gasto sanitario per cápita entre un 3 y un 4%, reduce el empleo en el sector entre un 8 y un 10%, y reduce el empleo total alrededor de un 6%. La adopción de esa forma de organización de los servicios sanitarios no tiene un impacto significativo sobre la mortalidad evitable para la mayoría de las causas de ésta, pero para una causa determinada, el cáncer de mama entre mujeres, los sistemas de seguros sociales ofrecen unos resultados significativamente peores, con entre un 5 y un 6% más de años de vida potenciales perdidos”*.

de su población¹⁷⁵; pese a lo cual ofrecía y continúa ofreciendo unas cifras de gasto sanitario creciente y desproporcionadamente superior al de cualquier otro sistema sanitario¹⁷⁶.

La segunda paradoja es que, partiendo de la justificación y el objetivo de las reformas de la mejora de la eficiencia y el control del gasto, las medidas de reforma introducidas tanto en el sistema inglés como en el sueco acudieron al modelo de contratos entre financiadores y proveedores de atención sanitaria que caracterizaban a los modelos menos eficientes y con mayor nivel de gasto¹⁷⁷. Una breve descripción de las medidas de reforma propuestas en cada uno de esos países en esos años permite comprender mejor la situación¹⁷⁸.

2.2.1) Las reformas en el Reino Unido.

En el caso inglés, las reformas fueron introducidas inicialmente por el gobierno conservador de Margaret Thatcher, que había accedido al poder en 1989, y cuyo alineamiento con las políticas de reducción del gasto público sobre la base de la supuesta mejora de su eficiencia se extendieron a todos los ámbitos de su gestión.

Las primeras medidas de reforma relevantes en aquel país siguieron al conocido como Informe Griffiths¹⁷⁹, por el nombre de quien encabezó la Comisión a la que el Gobierno inglés encargó su elaboración en febrero de 1983. Se trataba de un antiguo Director General de una conocida cadena de supermercados, Sainsbury, al que acompañaron en su redacción tres gestores procedentes también del ámbito privado:

¹⁷⁵ Esta situación continúa prolongándose hasta la actualidad, hasta el punto de ser uno de los problemas principales a resolver por la presidencia del presidente Obama, como lo ha sido de los presidentes anteriores, que han sido por razones diferentes hasta ahora incapaces de resolver esta cuestión (Clinton), o contrarios a hacerlo (Bush). La reforma del sistema sanitario americano que se está debatiendo al tiempo de redactar esta líneas, cuyo desarrollo he venido comentando en varios artículos (Rey del Castillo, 2009 b y c; 2010) pretende reducir la proporción de la población sin cobertura sanitaria a alrededor del 6%, sin modificar para ello la organización general del sistema con arreglo a los parámetros descritos.

¹⁷⁶ La OCDE viene observando desde hace muchos años que existe una correlación entre el nivel de gasto sanitario per cápita de cada país y su nivel de riqueza medida en términos de PIB per cápita. Ver a este respecto los gráficos 10 y 11 en la página 656, así como la valoración que las acompaña. De esa relación, que se puede observar en los gráficos descritos para dos años diferentes, 1992 y 2002, sólo escapan los Estados Unidos, que sitúa su nivel de gasto en cifras absolutas, en la actualidad superior al 16% del gasto público, muy por encima de lo que le correspondería si siguiera la relación a la que se conforman el resto de países, y Luxemburgo, que carece de servicios sanitarios propios.

¹⁷⁷ Para algunos analistas, la forma de relación entre distintos agentes de los sistemas sanitarios como base de funcionamiento de un sistema en sustitución de la integración resulta necesariamente más costosa y menos eficiente, porque los contratos son siempre “*más costosos de redactar, más complicados de ejecutar y más difíciles de hacer obligatoria su aplicación*” (Williamson, 1975).

¹⁷⁸ En un texto anterior (Rey del Castillo, 1998 c, p. 46-74) hay una amplia descripción y análisis de las reformas en el sentido de la creación de mercados sanitarios de diferentes clases que se iniciaron no sólo en el Reino Unido y Suecia, sino también poco después, cada una con sus peculiaridades, en otros países desarrollados, entre ellos Nueva Zelanda, Finlandia y Holanda.

¹⁷⁹ Una amplia descripción de la elaboración y conclusiones de este informe se pueden encontrar en Harrison (1988).

Michael Bett, Director de Personal de British Telecom, el Director Financiero de United Biscuits, Jim Blyth, y el Presidente de la cadena de televisión privada South West.

El informe final de este grupo peculiar, que en la forma de desarrollar su trabajo rompió moldes respecto a lo que era la elaboración ordinaria de otros informes por las Comisiones parlamentarias habituales, consistió en un documento de tan solo 24 páginas, titulado *NHS Management Inquiry 1983*, que se entregó al Secretario de Estado de Sanidad el 6 de Octubre de 1983 y se hizo público el 25 del mismo mes.

Las recomendaciones, contenidas en ocho páginas del escueto informe, se centraban en: 1) la creación de órganos de gobierno y gestores personales a todos los niveles del NHS (el central, las regiones y los distritos) para sustituir a los órganos de gobierno previamente existentes, a los que se criticaba por la lentitud de la adopción de decisiones y la escasa asunción personal de responsabilidades como consecuencia de los métodos de consenso utilizados para su adopción (los gestores previos eran considerados como “diplomáticos”); 2) el establecimiento de objetivos e indicadores de rendimiento revisables anualmente, con incentivos por su cumplimiento; y 3) la implicación de los médicos clínicos en la gestión a nivel local, tanto de la atención primaria como de los hospitales, mediante la creación el establecimiento de “presupuestos de gestión” relacionados con las cargas de trabajo.

Las recomendaciones del informe fueron aplicadas en distinto grado: los “presupuestos de gestión” para los médicos clínicos no se llegaron a aplicar; en cambio, sí se produjeron modificaciones importantes en la composición de los órganos de gobierno, y se produjo el nombramiento de “gerentes” en muchas regiones y distritos, con contratos sometidos a controles y pagos relacionados con el cumplimiento de objetivos¹⁸⁰.

Las limitaciones de ese enfoque “gerencialista” se hicieron pronto evidentes, por lo que el gobierno conservador acudió a nuevos asesoramientos a la búsqueda de vías para afrontar el deterioro del NHS sin recurrir a dotarlo de mayores recursos.

¹⁸⁰ Como datos de interés para comparar con los ofrecidos en páginas anteriores en el caso español, el mismo texto de Harrison indica que en 1986 un 60% de los nuevos nombramientos de gerentes producidos había recaído en gestores o directores financieros de los centros sanitarios que ya lo eran anteriormente (en el NHS han existido desde siempre gestores “profesionalizados”, aunque siguiendo las tradiciones organizativas y legales de los países anglosajones, los componentes de ese grupo no formen parte de ningún “cuerpo” de funcionarios o similar, sino tan solo participen de manera mayoritaria de una asociación); otra parte significativa de los nombrados eran médicos clínicos que desempeñaban sus funciones gestoras a tiempo parcial. Curiosamente una parte también significativa de los nombramientos había recaído en miembros retirados de las Fuerzas Armadas (Harrison, 1988, p.65)

De una manera que se califica como imprevisible por algunos observadores (Webster, 2002, p. 187), la fuente de inspiración para nuevas reformas fue un analista de sistemas norteamericano, el profesor Alain Enthoven, quien “después de haberse dejado los dientes en el desastre militar de Vietnam”, se había convertido en un defensor acérrimo de las llamadas HMO’s¹⁸¹ norteamericanas, sin lograr gran audiencia en su propio país, lo que, aunque inicialmente restó valor a sus propuestas en el Reino Unido, terminó por conseguir aquí. Sus primeras propuestas, realizadas tras una estancia en la Universidad de Oxford, están recogidas en un documento de 1985 (Enthoven, 1985), de tono “mucho menos radical que lo que su reputación y su retórica hacían prever” (Webster, 2002). De hecho, sus propuestas originales, consistentes en la creación de un “mercado interno” en el NHS, incluían un enfoque claramente gradualista, y una crítica expresa a que las reformas desarrolladas tras el Informe Griffiths se habían aplicado de manera general sin ninguna comprobación previa de sus efectos en algún ensayo limitado anterior, lo que proponía se evitase en esta ocasión.

La propuesta se concretaba en que se ensayase que algunas autoridades sanitarias de distrito (DHA) pudieran actuar como “compradores de servicios” para su población fuera de su ámbito territorial a la búsqueda de servicios más coste-efectivos y, como opción secundaria, que se pudiera establecer un intercambio comercial entre distritos. Proponía también que se establecieran incentivos económicos a la eficiencia para los médicos y para determinados servicios hospitalarios¹⁸².

Tal propuesta fue recogida inicialmente por el Partido Social-Demócrata, pero rechazada por el órgano de gobierno del NHS, aunque, como idea procedente de unos Estados Unidos que por aquel entonces tenían un gobierno afín, mantuvo su atractivo para los asesores del gobierno conservador. Desde esos ámbitos, y aprovechando el malestar de muchos médicos con su situación de subordinación a los gestores, se siguió elaborando la idea de un “mercado interno” de manera más amplia, hasta llegar a una propuesta de transformación radical del NHS, que, según la nueva idea elaborada, debería pasar a convertirse en un mercado desagregado constituido por diversos

¹⁸¹ Se trata de compañías de seguros que limitan las plantillas, el panel de prescripciones y remisiones a tratamiento especializado de sus médicos a cambio de promover acciones preventivas y de promoción de la salud realizadas por los mismos médicos. Se han sugerido en numerosas ocasiones como mecanismo alternativo a las aseguradoras habituales para lograr un mejor control del gasto sanitario sin deterioro de la atención ni de la salud de la población cubierta por ellas, sin que se hayan logrado mostrar nunca de manera fehaciente la consecución de esos logros.

¹⁸² Se puede ver también un buen resumen de las propuestas en Hunter (1993).

compradores y proveedores de servicios, entre estos últimos hospitales independientes de las autoridades sanitarias territoriales correspondientes.

La propuesta fué primero lanzada a la opinión pública a través de un artículo publicado en la revista *The Economist* (“*Set the Hospitals Free*”) el 30 de abril de 1988. Sus términos fueron perfilados de manera más amplia en un documento del gobierno calificado como “White Paper” o Libro Blanco (el grado más alto de oficialidad de los documentos del gobierno, pese a un cierto grado de imprecisión en sus propuestas, que para algunos hubieran merecido la calificación de “Green Paper” o Libro Verde, más cercano a un plan general o conjunto de ideas menos elaboradas) titulado *Working for patients*, publicado el 31 de enero de 1989.

Este texto, que eludía la utilización del término “mercado interno”, hacía por el contrario referencia prioritaria a los beneficios que se derivarían de una “delegación local” de las responsabilidades sanitarias, de las que, sin modificar nominalmente las estructuras básicas del NHS (las autoridades sanitarias y de distrito, la administración de los médicos generales y los Consejos de salud comunitarios), se obtendrían una mejora de la eficiencia del sistema y una mayor satisfacción de la población.

La “delegación local” se traducía, sin embargo, en una modificación principalmente funcional de las estructuras básicas del NHS: las autoridades de distrito (DHAs) eran las que veían reducido de manera más drástica su papel, a la vez que algunos hospitales podían asumir la capacidad de hacerse independientes de aquéllas y adquirir autonomía en su gestión para prestar sus servicios a quienes los compraran; otra parte de los hospitales seguirían dependiendo de las autoridades sanitarias de distrito. Este cambio se debía acompañar de una modificación de la distribución de la financiación, según la fórmula RAWP, a las autoridades sanitarias de regiones y distritos. Con los presupuestos recibidos, los distritos podrían “comprar” la atención Sanitaria para la población de la que eran responsables a proveedores (hospitales) públicos o privados.

En el lado de la compra de servicios, este papel podría también ser desempeñado por grupos de médicos generales cuyas listas de pacientes adscritos superasen las 11.000 personas que se constituyesen como “poseedores de fondos” (presupuestarios) (*fundholders* en la terminología inglesa), cuyos presupuestos, en el caso de constituirse de esa forma, se restarían de los del distrito correspondiente.

Las imprecisiones del documento, que eran notables, se fueron subsanando de hecho en su aplicación práctica. El modelo sufrió numerosas modificaciones a lo largo

de su puesta en marcha en la línea de una progresiva desagregación y desorganización de las estructuras originales del NHS¹⁸³, y fue objeto de amplias críticas y resistencias desde distintas instancias¹⁸⁴, incluidos los sectores profesionales a los que afectaba. Es característico de las reformas que se fueron desarrollando que se fueron extendiendo de manera progresiva¹⁸⁵ hasta generalizarse años más tarde, sin que a lo largo de su desarrollo se previese en ningún momento hacer una valoración de sus efectos, ni siquiera sobre el nivel de gasto provocado por las reformas, por parte de quienes las promovieron, pese a que el control del gasto sanitario y su reducción hubiesen sido teóricamente las razones originales de su puesta en práctica. Esta situación llevó hace ya tiempo a algunos analistas (LeGrand, 1998) a destacar que esta razón, no contrastada con valoraciones adecuadas, quedaba invalidada como justificación de esas reformas.

La evolución posterior, que ha conducido por diferentes caminos a la introducción de entidades privadas, hasta el nivel asegurador, en la provisión de servicios sanitarios en el Reino Unido con los gobiernos laboristas, lo que antes estaba restringido a las entidades públicas propias, permite, por el contrario, estimar un mayor grado de razón por parte de quienes venían viendo en estas reformas desde hace tiempo un vehículo para la reducción de la participación del sector público en la prestación de los servicios sanitarios (Pollock, 2004). Y a considerar la creación artificial de los

¹⁸³ Los hospitales, constituidos en centros independientes denominados ahora “trusts” hospitalarios (también los hay en el nivel primario de atención), ya no rinden cuentas ni se controlan por la autoridades sanitarias de distrito, sino que dependen de una única entidad central, llamada Monitor, cuyas dificultades para hacer el seguimiento de la gestión de todos ellos está en relación con el número creciente de centros sometidos a su control. La restricción económica a la que estuvo sometido el NHS durante los años de gobiernos conservadores llevaron a que se planteara por éstos que la construcción de nuevos centros se sometiera a su financiación por la iniciativa privada, previéndose el pago de las inversiones efectuadas mediante el pago de un canon por la gestión de los centros construidos durante un plazo de entre 20 y 30 años, según el modelo conocido como PFI, luego copiado con ligeras variantes en España en diferentes iniciativas, la primera de ellas el Hospital de Alzira, al que se hace referencia más adelante. Esta derivación, que ha sido ampliamente analizada (Pollock, 1999 b, 2002; Prieto (2006); y otros) presenta como otra, y no la menor, de sus paradojas que, habiendo sido diseñada por los gobiernos conservadores, no fue objeto de aplicación hasta que la llevaron a cabo los gobiernos laboristas de Tony Blair, que han expandido el sistema hasta más de 70 hospitales ingleses, sometidos ahora a ese régimen de concesión. Un sistema de construcción de centros nuevos que sólo la crisis económica y la dificultad de inversiones por parte del sector privado, en especial del sector de la construcción, que conlleva parecen haber puesto en cuestión.

¹⁸⁴ Ver, por ejemplo, el informe del Comité de Servicios Sociales del Parlamento británico (Social Services Committee, 1989).

¹⁸⁵ Ese desarrollo progresivo y desigual dio lugar a que durante los primeros años de la aplicación de las reformas, en especial la constitución de *fundholders* en el nivel primario de atención, diera lugar a numerosas críticas por el establecimiento de dos niveles diferentes (*two tiers*) de atención, en beneficio de los grupos de población que estaban sometidos a ese régimen de atención, que disfrutaban de más fácil acceso a la atención especializada y hospitalaria, “comprada” para ellos en condiciones ventajosas por los *funholdings*, frente a los que no disponían de esa forma de organización en el primer nivel de atención. La situación se resolvió en el medio plazo con la generalización del modelo con algunas modificaciones en el mismo.

“mercados sanitarios” a la manera inglesa¹⁸⁶, cuyas bondades siguen siendo defendidas casi en solitario por quien lo sugirió inicialmente (Enthoven, 1999), y cuya introducción tuvo lugar en los años a los que se hace referencia en este capítulo, como una vía para la introducción de intereses privados en la gestión de aquéllos, sin evidencia alguna de las ventajas sanitarias y/o económicas, y sí más bien de los problemas en términos de desigualdades en el acceso a los servicios, disminución de la eficiencia y aumento del gasto sanitario, que se puedan derivar de esa participación¹⁸⁷.

2.2.2) Las reformas en el sistema sanitario sueco.

Frente a la descripción hecha de las reformas llevadas a cabo en el caso del Reino Unido, así como de su evolución posterior, la primera de las observaciones a hacer en el caso de las que se propusieron e iniciaron en Suecia en fechas similares, coincidentes con el plazo que se está analizando, son las relativas al tamaño del país y su organización.

Suecia es un país pequeño en términos de población, que ronda desde hace años una cifra que era de partida, antes de 1990, un poco inferior a los nueve millones de habitantes, y que ahora supera escasamente ese límite. Por otra parte, esa población se concentra en el sur y el este del país, sobre todo en las regiones costeras, y alrededor del 85 % de ella vive en áreas urbanas.

Por su parte, la organización política de la población distribuida de esa forma da pie a la atribución de un amplio panel de responsabilidades, tanto en el ámbito fiscal,

¹⁸⁶ Algunos autores han resaltado que las reformas llevadas a cabo en diferentes países, pese a utilizar términos similares, como “mercados internos”, “compradores” y “proveedores”, utilizan los mismos para referirse a situaciones y reformas que resultan muy diferentes en su desarrollo y aplicación. Se puede ver a este respecto Ham (1994).

¹⁸⁷ No deja de resultar igualmente paradójico que al final de un proceso que ha llevado a convertir el NHS inglés en un mercado “desintegrado” se empiecen a recibir sugerencias de las ventajas que tienen los sistemas integrados, en los que las relaciones entre centros y niveles de atención no se realizan a través de contratos y la compra de servicios entre unos y otros, sino mediante una organización que establece la relación entre ellos de forma integrada y en términos no de competencia, sino de cooperación. A este respecto, uno de los ejemplos más utilizados es el de la compañía norteamericana radicada en California Kaiser Permanente, a la que se ha aludido ya en la nota 120 (p.179). Este tipo de comentarios obvian en todo caso el reducido grupo de población al que atiende la organización citada (no superior a los 6 millones de personas), a lo que cabe añadir la posibilidad de seleccionar y restringir las características de la población cubierta por dicha organización, condiciones por completo distintas a las de un Servicio Nacional de Salud que tiene que ofrecer sin excepciones protección sanitaria a toda la población. Con las comparaciones citadas se podría considerar que se está sugiriendo la idea de que la fragmentación del aseguramiento en organizaciones de menor tamaño, cada una de ellas funcionando en su interior de manera integrada, podría constituir la mejor alternativa a la cobertura universal con aspiraciones a la igualdad en el acceso a los servicios características de un Servicio o Sistema Nacional de Salud, como se ha empezado a sugerir de manera expresa desde Cataluña incluso en nuestro país (López Casanovas, 2008 b).

mediante el establecimiento de tributos propios, como en la gestión de los servicios a unas autoridades de nivel local superior al municipal establecidas en los *condados*, de los que hay 26 en el total del país. Estas entidades “regionales” han tenido desde siempre (en realidad desde 1862) un amplio papel en el campo de los servicios sanitarios, siendo responsables de la contratación de los médicos generales y de la organización de los hospitales, incluida la contratación de su personal¹⁸⁸, bajo la supervisión de un órgano asesor del gobierno central, el *Nacional Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen)*.

Las características del país, tanto en cuanto a tamaño de la población como a su organización política y atribución de amplias responsabilidades sanitarias a entidades de ese nivel, intermedio entre el regional y el municipal de otros países, hacen que las reformas que se produjeron en éste no sean trasladables de manera mecánica a países de población más amplia y organización política diferente. Pero el diseño, la orientación dentro de determinados límites hacia la creación de “mercados” dentro de su sistema sanitario público de protección universal, y el desarrollo de las reformas que tuvieron lugar en ese país merecen también en todo caso, sobre todo por la comparación de sus especificidades en relación con las del Reino Unido, una especial atención.

La primera de esas peculiaridades distintivas se refiere al propio planteamiento de las reformas: en el caso del Reino Unido, el primer origen del planteamiento de las mismas se ha situado en las recomendaciones del profesor norteamericano A. Enthoven. Éstas tenían como base el análisis de las ineficiencias del sistema sanitario inglés en una fase en la que por parte de un gobierno conservador se requería ante todo el control del crecimiento del gasto sanitario de un sistema sometido por el propio gobierno a una restricción presupuestaria manifiesta. Que la ausencia de evaluación posterior de las reformas introducidas años más tarde ponga en cuestión la verosimilitud de tal justificación no impide, sin embargo, constatar que la razón invocada de manera preferente y casi exclusiva fuera ésta.

En el caso sueco el mismo punto de partida de los planteamientos reformistas, hecho por un gobierno socialdemócrata, fue distinto. Si tomamos como primera expresión de las propuestas el artículo que más generalmente se ha considerado como la

¹⁸⁸ Una amplia descripción de las características generales del país se puede encontrar en los dos informes, realizados en 2001 y 2005 respectivamente, por el Observatorio Europeo de Sistemas sanitarios, un órgano de la Oficina Regional Europea de la OMS a cuyas características he hecho alusión en apartados anteriores. Todas sus publicaciones son accesibles en la dirección electrónica www.who.euro.int/observatory.

expresión del lanzamiento de las reformas (Saltman 1987) la alusión a las razones de su necesidad era por completo diferente: no se trataba sólo de razones económicas, sino ante todo de la dificultad de dar salida en un contexto de restricción económica (que en Suecia había derivado en un alto nivel de desempleo, una alta tasa de inflación y un tipo fijo de cambio de su moneda que le resultaba claramente desfavorable y llevó poco después a su devaluación¹⁸⁹) a las demandas de la población sobre su sistema sanitario:

“En una sociedad postindustrial rica como es Suecia, la contradicción entre lo que el sector sanitario puede suministrar, en sentido opuesto a lo que ocurre en otros sectores económicos, amenaza con socavar el consenso político que sostiene el sistema público de provisión universal. Este peligro ha aumentado por las demandas políticas reales de limitar los gastos sanitarios como parte de la política económica a nivel nacional.

Examinado de manera más detenida, parece haber tres aspectos de la estructura de provisión actual que resultan problemáticos:

En primer lugar, la continua limitación de las prestaciones (“rationing”) mediante listas de espera en ciertos procedimientos quirúrgicos selectivos, sobre todo para los ancianos. Los suecos ricos de clase media, incluidos los trabajadores más cualificados, se pueden comprar coches de lujo y vacaciones en el extranjero, pero no pueden obtener importantes prestaciones médicas que mejorarían su calidad de vida ni para ellos ni para sus familias...

Un segundo aspecto de la actual configuración uniforme de los servicios sanitarios es su incapacidad para acomodarse a diferencias fundamentales en las preferencias de tratamiento...

Una tercera dificultad se refiere a los costes añadidos impuestos en la prestación de servicios médicos como consecuencia de aspectos no médicos de éstos. Esto incluye no sólo las listas de espera para ciertos procedimientos, sino también los costes derivados de las largas esperas en antesalas para cualquier actuación, las citas a horarios inconvenientes (por ejemplo, en horario laboral), las regulaciones que afectan a los horarios de funcionamiento de los centros, los servicios mal coordinados, y otras muchas cosas en la misma línea. En respuesta directa a estos problemas de organización, los pacientes se dirigen cada vez más a los servicios privados...

¹⁸⁹ European Observatory on Health Care Systems (2001), p. 4.

Tomados en combinación, estos tres problemas reflejan la incapacidad del actual sistema sanitario sueco, que está “congelado” (en su actual situación), para responder a las demandas actuales de los pacientes...Muchos suecos adoptan una posición cada vez más crítica contra lo que perciben como un sistema sanitario innecesariamente rígido e incapaz de responder a sus demandas”.

En relación con esa situación, se concluía en el artículo citado, “los proveedores de atención sanitaria deben afrontar el incremento de demandas de una atención individualizada y una mejor provisión de servicios a la vez que se les pide que financien estos nuevos esfuerzos con los ahorros logrados a partir de los recursos actualmente disponibles”.

La conciliación de esas dos clases de objetivos sólo se consideraba posible con un cambio en el funcionamiento del sistema, en el que la efectividad de la libertad de elección de proveedor¹⁹⁰, tanto a nivel de la atención primaria como de centro hospitalario, por parte de los usuarios se proponía no sólo como un elemento complementario esencial de las reformas, sino, al menos al nivel conceptual, como el vehículo de la introducción de estímulos a la eficiencia de los centros, mediante los mecanismos a los que se hace referencia a continuación. Unos mecanismos que suponían en esencia la introducción de “competencia” entre centros para atraer la atención de los pacientes, los cuales en función de los pacientes atendidos recibirían una mayor o menor financiación.

La segunda característica diferencial de las propuestas formuladas inicialmente en Suecia es que en ellas se delimitaba de manera clara el ámbito en el que se debía llevar a cabo la introducción de las reformas, restringiendo éste, al menos de manera inicial, a los centros públicos, que debían seguir siendo los proveedores casi únicos de la atención prestada por los servicios públicos. En el artículo citado se dedica todo un apartado (el II.B “*The risks of privatization*”) a justificar los problemas que se derivarían de la inclusión generalizada de centros privados en competencia con los públicos tradicionales en la gestión del nuevo funcionamiento del sistema sanitario reformado (“*aunque los riesgos pueden ser mínimos mientras el componente privado sea pequeño y se mantenga bajo una estricta vigilancia, los riesgos se harán mayores a medida que aumente el tamaño de la implicación de sector privado*”) .

¹⁹⁰ Ver en este sentido San José (1994).

Pese a algunos planteamientos e iniciativas en sentido contrario por parte del partido conservador que entró en el gobierno en 1993, el ámbito de la competencia entre centros se ha mantenido esencialmente en el ámbito de los centros públicos. En razón de ese mantenimiento es por lo que en un artículo posterior de los mismos autores de las propuestas (Saltman, 1989), además de insistir en los efectos negativos para el sistema público derivados de la equiparación en la competencia entre proveedores públicos y privados, se reclama como más propio de las reformas llevadas a cabo en Suecia, y no de las que se estaban aplicando en Inglaterra, el término “mercado interno”.

El diseño de ese “mercado interno” en este caso suponía hacer responsable de la “compra de servicios”, siguiendo el criterio de elección de los usuarios, a los condados, que eran también responsables de la gestión de los centros hospitalarios. Éstos han permanecido bajo esa dependencia, sin mayores grados de autonomía que los derivados de su relación basada en contratos. El establecimiento del “mercado interno” no supuso, en consecuencia, por oposición a lo ocurrido en el Reino Unido, un cambio significativo en la estructura ni el funcionamiento de la organización sanitaria, que no vio modificados sus niveles de organización, ni las responsabilidades de cada uno de ellos.

La separación entre los dos roles a desempeñar por los condados se ha ido resolviendo mediante soluciones diversas en todos los que han adoptado esas medidas de reforma (que en 1994 eran 14 de los 26 condados (European Observatory on Health Care Systems, 2001, p. 86)): algunos condados establecieron un único y gran órgano central de compra del condado, mientras que en otros se han establecido compradores de nivel de distrito; en dos de los condados en los que se inició la introducción de esta clase de reformas (Dalarna y Bohus) la compra de servicios se ha descentralizado a nivel local. Esa ausencia de uniformidad obligada (en ningún caso mediante normas) en la aplicación de las reformas de introducción de competencia es una característica diferencial más de las reformas en Suecia.

Por otra parte, su introducción fue progresiva. Comenzó por tres condados, los de Dalarna, Estocolmo y Bohus, cuya evolución y resultados fueron objeto de observación más atenta. En el de Estocolmo, donde se introdujo la provisión pública con contratos con centros privados, se produjo el único cierre de un centro hospitalario cuyo sostenimiento se hizo imposible con los presupuestos derivados de la libre elección¹⁹¹. Se ha evitado que esta situación se reprodujera en ocasiones sucesivas, y la

¹⁹¹ El de Sabasttsberg había incurrido en los primeros años de funcionamiento del sistema en un déficit superior al 17%. (San José, 1994, p. 174).

competencia más estricta (al principio en precios aplicados por los hospitales y en volumen de la atención contratada con cada centro, bajo el control de los condados; este tipo de competencia ha ido variando hasta centrarse en otros aspectos, como la promoción de la salud pública o la colaboración con los servicios sociales) se ha ido sustituyendo por el establecimiento de relaciones de cooperación entre condados y centros.

Bajo las relaciones contractuales establecidas con carácter anual, los pagos a los centros se hacen mediante el sistema de pago prospectivo por caso en función de los precios establecidos por diferentes DRGs (sobre este concepto ver nota 44, en la página 67), complementado con límites de volumen global de atención y garantías de calidad. En determinadas especialidades, como Psiquiatría, Geriatria, o la atención urgente, el pago se hace mediante contratos globales, y en algunas especialidades de tercer nivel, a través de pago por acto.

La modificación de los términos de los contratos con los centros se ha extendido incluso a los condados en los que no se ha producido el establecimiento diferenciado de una organización específica para la compra de servicios a los centros, para la presupuestación y el pago a los diferentes departamentos de éstos.

En coincidencia con la puesta en marcha de las reformas descritas, Suecia fue el único país de la OCDE capaz de reducir su gasto sanitario de manera sostenida a lo largo de los años 90 (con áreas de dificultad manifiesta en su control, como el gasto farmacéutico extrahospitalario), sin que haya evidencias de que esa reducción del gasto afectase negativamente a la calidad de la atención. Sin embargo, es difícil distinguir si esos resultados en términos de mejor control del gasto sanitario fueron el resultado de las medidas de gestión que se han descrito o, por el contrario, principalmente el efecto de las medidas económicas de restricción presupuestaria que se aplicaron. Por su parte, el aumento de las posibilidades de elección entre proveedores diversos se utilizó por una proporción minoritaria del número total de pacientes, aunque en algunas áreas geográficas muy determinadas los flujos de pacientes, y en consecuencia los flujos financieros, fueron significativos (European Observatory on Health Care Systems 2001, p. 89).

e.3) Algunas actuaciones significativas sobre la gestión en España en 1990.

La referencia precisa a ese año se justifica por dos actuaciones de orden por completo diferente cada una, pero que coincidieron en su desarrollo en ese plazo. Se

trata en primer lugar de un desarrollo legislativo, el que tuvo lugar con la promulgación de la Ley 15/1990, de 9 de Julio, de ordenación sanitaria de Cataluña. La segunda fue el encargo realizado al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, por acuerdo del Pleno del Congreso de 13 de Febrero del mismo año, para que promoviera la constitución de una Comisión para el análisis, la evaluación y la propuesta de mejoras del propio Sistema Nacional de Salud, más conocida como Comisión Abril por el nombre del anterior vicepresidente del Gobierno con la UCD, que la presidió.

Aunque de naturaleza diferente, una y otra actuaciones trajeron a colación en el sistema sanitario la cuestión de la gestión de esos servicios, que hasta entonces se había movido tan sólo en el marco de la referencia relativa a ella contenida en la Ley General de Sanidad, cuyos términos he comentado en un capítulo anterior. Una y otra, la primera con la previsión legal de otras formas de gestión diferentes a las previstas en la norma básica, y la segunda con la referencia, aunque fuese genérica, a las reformas que se estaban planteando en otros países, de las que pueden servir de ejemplo las que he citado más arriba, iniciaron la ruptura del marco conceptual en el que se había movido hasta entonces el Sistema Nacional de Salud. A las características de cada una de esas actuaciones se hace referencia a continuación.

3.1) La Ley 15/1990, de 9 de Julio, de ordenación sanitaria de Cataluña.

A la promulgación de esta norma he hecho ya una referencia sucinta en el apartado II.5.b) anterior, y otra más amplia en otros trabajos previos (Rey del Castillo, 1998 i, p. 404-409).

Lo que hacía la norma citada era dotar al Servicio Catalán de la Salud, que la propia norma creaba, de una naturaleza diferente a la que tenía el INSALUD, el órgano gestor de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social, cuya naturaleza era la de organismo autónomo de carácter administrativo, y cuya gestión en aquel momento de 1990 había sido ya traspasada a seis CCAA. La Ley catalana dotaba al Servicio citado, que, acogiéndose a las facultades de autoorganización que asistían a la Generalitat, venía a sustituir al INSALUD en el territorio catalán, de una naturaleza diferente, como ente público de carácter institucional, responsable de la financiación y cobertura de los servicios y prestaciones sanitarias. A la vez, en la norma en cuestión se abría la posibilidad de que la gestión de esos servicios, separada de las responsabilidades citadas, se llevase a cabo mediante fórmulas de gestión diversas -directas, indirectas o compartidas- a través de entidades públicas o privadas admitidas en derecho.

En la práctica, la gestión de los centros dependientes del antiguo INSALUD se mantuvo agrupada bajo un órgano centralizado único, el Instituto Catalán de la Salud, del que siguieron dependiendo bajo fórmulas de relación similares y sin mayor autonomía los centros citados.

La utilización de otras formas de gestión diferentes afectó principalmente a los centros, muy numerosos en aquel territorio y dotados de gran tradición, que fueron remozándose en su estructura física y su tamaño, que eran propiedad de las corporaciones locales, cuyo funcionamiento venía manteniéndose en régimen de concierto con el antiguo INSALUD. La fórmula adoptada de manera más general para que el Servicio Catalán de la Salud participase de manera más amplia en la gestión de esos centros fue la de constituir consorcios, en los que el propio SCS participaba junto con las entidades locales propietarias de los centros. Una evolución “federativa” de esos centros llevó a la constitución posterior, varios años después, del Consorcio Hospitalario de Cataluña, como red proveedora de servicios paralela a la constituida por los centros del antiguo INSALUD, con la que el Servicio Catalán de la Salud, como responsable de la cobertura sanitaria en Cataluña, establecía relaciones contractuales generales homogéneas (por ejemplo, en el establecimiento de niveles retributivos del personal similares) concretadas luego con cada centro.

La raíz de esa norma parece situarse, en consecuencia, no tanto o al menos no principalmente en la búsqueda por parte del Gobierno catalán de fórmulas de gestión específicas de los centros sanitarios en la línea de las reformas que se estaban llevando a cabo en otros países europeos, sino más bien como una adaptación a las peculiares condiciones en cuanto a propiedad de los centros que se daba en aquel territorio.

Sólo cinco años más tarde, mediante otra Ley, la 11/1995, de 29 de septiembre, que modificaba la anterior, se produjo un cambio en la situación legal descrita, en una línea que parece más semejante a la que comenzaba a seguirse en otros países europeos: en esta nueva ley se introdujeron las siguientes novedades:

- El Servicio Catalán de la Salud (SCS) se sometió al derecho privado “*en lo que se refiere a las relaciones jurídicas externas, en términos generales*” (Artículo 1, que modifica el artículo 4º de la ley anterior).
- “*En particular el SCS puede crear cualesquiera empresas públicas*” (Artículo 2, que modifica el 7.3 anterior).
- “*... las regiones sanitarias pueden establecer contratos para la gestión de centros, servicios y establecimientos de protección de la salud y de atención*

sanitaria y sociosanitaria, que deben estar acreditados al efecto, con entidades de base asociativa legalmente constituidas, con personalidad jurídica propia, totalmente o mayoritariamente por profesionales sanitarios, priorizando a los que están comprendidos en cualquiera de los colectivos de personal...” (propio). (Artículo 10; añade una Disposición adicional décima).

Al amparo de la última de las disposiciones citadas, y en aquel período posterior, se crearon en el ámbito de la atención primaria algunas de esas “entidades asociativas”, que guardan alguna semejanza con los *fundholders* descritos en el caso inglés, y que en la actualidad continúan desempeñando las mismas funciones, sin que se haya difundido más su aplicación. Se crearon también varias empresas públicas, cuyo objetivo no era, sin embargo, la gestión de los centros sanitarios habituales (alta tecnología; evaluación de tecnologías médicas).

Sin embargo, los efectos de la ley catalana, fuera cual fuera su intención, se extendieron más allá de su propio territorio, y dieron pie a la generalización de una nueva consideración de las formas de gestión en el SNS español.

El mecanismo para ello fue que, por una vía que si no es así se asemeja mucho a la de la emulación que obra como estímulo principal en la relación entre las CCAA, la totalidad de éstas que elaboraron normas sobre Servicios de Salud a partir de la fecha en que fue promulgada la Ley catalana de 1990 (con la única excepción de Navarra, que en una norma casi simultánea con la catalana convirtió a todo su personal en funcionario) introdujeron en ellas normas que preveían la constitución de aquéllos con una naturaleza jurídica similar a la del SCS citada. A la vez, todas ellas contemplaban la adopción de fórmulas de gestión variadas, ninguna idéntica a la de otra CA o a la catalana (el consorcio, que se soportaba necesariamente, por otra parte, en la participación de las corporaciones locales propietarias de los centros en el órgano de gobierno correspondiente, situación mucho menos frecuente en otras CCAA), incluyendo las privadas, o las públicas sometidas a este tipo de derecho.

Lo peculiar de este desarrollo “emulativo”, que se produjo sin ninguna discusión general previa ni tampoco observación alguna por parte de los órganos sanitarios y administrativos del MAP encargados de hacer el seguimiento de las normas autonómicas, es que la previsión de esas modalidades “nuevas” de gestión por parte de todas las CCAA que elaboraron normas sobre esa cuestión se llevó a cabo por éstas con independencia de que hubiesen recibido ya o no el traspaso de la gestión del INSALUD (Rey del Castillo, 2007a). Lo que era, a su vez, determinante del número de centros

sobre los que la norma podía resultar de aplicación en cada caso, dado que en muchos territorios la casi totalidad de los centros eran los dependientes del propio INSALUD.

Como es lógico, un desarrollo legislativo de esas características no se pudo guiar por una valoración adecuada previa en cada caso de los efectos de las distintas fórmulas de gestión acuñadas por cada una de las CCAA, dotando a cada una de ellas del sello específico propio de cada CA que la adoptó. Por otra parte, su diversificación se propició por la facilidad con la que pudieron adoptarse nuevas disposiciones en esta materia por parte de administraciones que carecían de una tradición administrativa previa que debiera modificarse, y que tampoco estaban acostumbradas, dado lo reciente de su constitución como CCAA, a ejercer un control adecuado de las fórmulas de gestión ajenas al derecho administrativo tradicional que pudieran constituirse.

Cuadro 17. Modalidades de gestión de nuevos centros y servicios sanitarios generadas en distintas CCAA antes de 1996.

C.A.	Denominación	Área de actuación	Naturaleza
Andalucía	Escuela Andaluza de Salud Pública	Docencia	Empresa pública
	Hospital de la Costa del Sol	Asistencia hospitalaria	Empresa pública
	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias	Urgencias y emergencias	Empresa pública
Baleares	Gestión Sanitaria de Mallorca	Asistencia hospitalaria	Empresa pública
Canarias	Urgencia Sanitaria, S.A.	Urgencias	Empresa pública
Cataluña	Consortio hospitalario de Vic	Asistencia hospitalaria	Consortio
	Consortio hospitalario de Parc Taulí	Asistencia hospitalaria	"
	Consortio sanitario de Tarrasa	Asistencia hospitalaria	"
	Consortio sanitario de Barcelona	Asistencia primaria y hospitalaria	"
	Unidad de diagnóstico para la imagen de alta tecnología	Alta tecnología	"
	Consortio para gestión hospital de Cruz Roja de Hospitalet	Asistencia hospitalaria	"
	Consortio del laboratorio de Anoia	Pruebas de laboratorio	"
	Consortio sanitario de la Selva	Asistencia socio-sanitaria	"
	Consortio sanitario del Alto Penedés	Asistencia sanitaria	"
	Instituto de Asistencia Sanitaria	Asist.hosp.(Diput.Gerona)	Ente público sometido a derecho privado
	Gestión y Prestación de Servicios de Salud	Asist.hosp.(Diput.Tarragona)	"
	Gestión de Servicios Sanitarios	Asist.hosp.(Diput.Lleida)	"
	Centro de Resonancia Magnética Ciudad Sanit.Vall d'Hebrón	Alta Tecnología	Empresa pública
	Agencia de Evaluación de Tecnología Médica	Evaluación tecnológica	Empresa pública
	Energética de Instalaciones Sanitarias, S.A	Gestión energética	Sociedad mercantil
	Sistema de emergencias médicas, S.A.	Urgencias y emergencias	Sociedad mercantil
	16 nombres diversos	Asist. primaria y hospitalaria	Concesión de gestión de servicios públicos
Galicia	Hospital de Verín	Asistencia hospitalaria	Fundación
	Centro Gallego de Hemodonación	Hemoterapia	Fundación
	Instituto Gallego de Oftalmología	Oftalmología	Fundación
	Instituto Gallego de Medicina Técnica, S.A. (MEDTEC)	Alta tecnología	Empresa pública

El desarrollo expansivo de “nuevas formas de gestión” con fórmulas diferentes para cada una de las CCAA que las fueron constituyendo se puede observar en el cuadro 17, que recoge la situación a finales de 1995. Esa dinámica continuó en los años siguientes¹⁹², instigada en buena parte por la retórica que acompañó su desarrollo en el

¹⁹² Una descripción de la situación en cuanto a la constitución de “nuevas formas de gestión” en un período posterior puede verse en (Martín, 2003). Otra relación más precoz de las diferentes formas de gestión adoptadas en distintos servicios autonómicos de salud puede verse también en Cabasés, (1996).

ámbito de las relaciones entre la AGE y las CCAA, de lo que resultan expresivas algunas declaraciones al respecto en el ámbito del Consejo Interterritorial, a las que se alude un poco más adelante.

Lo que merece la pena destacar aquí es que una de las espoletas que desencadenaron esa dinámica “explosiva” fue la promulgación de la norma citada por la Generalitat catalana. Por mucho que no fuera su intención principal, ésta constituyó uno de los mecanismos por los que la retórica de la búsqueda de la eficiencia de las organizaciones que de una u otra manera estaba presente en aquellos momentos tanto en la Administración española y de otros países, como en los servicios sanitarios de algunos de éstos, se trasladó de manera acelerada y poco controlada al ámbito del SNS.

3.2) La Comisión Abril y sus propuestas en materia de organización y gestión del sistema y los centros sanitarios.

A las características de la Comisión citada, y las peculiares condiciones políticas de su constitución, he hecho ya amplia alusión en la nota 151 (p.244) anterior.

Puesto que he citado las condiciones especiales con las que se desarrolló el informe Griffiths en el Reino Unido, donde el grupo que lo elaboró se constituyó por un grupo de gestores del ámbito privado de la economía, de una manera diferente a la de las comisiones parlamentarias habituales, cabe observar que la Comisión Abril siguió un proceso de constitución similar. Sólo el Partido Popular¹⁹³ se opuso de manera expresa a esta fórmula cuando se debatió en el Pleno del Congreso la proposición no de ley del grupo parlamentario del CDS que estuvo en el origen de esta Comisión, proponiendo que, de manera alternativa, se constituyera una ponencia en la Comisión parlamentaria de Política Social y Empleo, que llevase a cabo una labor similar a la encargada a la Comisión.

Pero si el informe Griffiths fue quizás el precedente metodológico de la constitución, funciones y actividad de esta Comisión (lo que resulta poco dudoso, dado que fue uno de los expertos extranjeros consultados de manera expresa por esta Comisión) el precedente de sus conclusiones en lo que hace a la organización y la gestión del sistema sanitario y sus centros, hasta cierto punto prefiguradas ya incluso en la propuesta del CDS, y desde luego en las posiciones de ese partido, del PP y de otros

Ese documento contiene también una descripción del contrato-programa del INSALUD, y de sus adaptaciones por otras CCAA.

¹⁹³ Representado en este caso por el entonces diputado Ramiro Rivera, anterior presidente del Consejo General de Colegios de Médicos, cuya beligerancia contra el Partido Socialista, que lo había sancionado por su actividad en el Hospital Provincial de Madrid, se ha comentado también en la nota ¿? anterior.

en el debate en el Pleno del Congreso, fue el segundo informe británico al que se ha aludido, el informe del Gobierno inglés *Working for patients*.

De la intervención del portavoz popular en aquella ocasión se pueden destacar algunas expresiones que resultan reveladoras de que del informe encargado a la Comisión se pretendían determinadas orientaciones:

“...Los partidos tienen su proyectos sanitarios, y el Partido Popular lo tiene: un proyecto de reorganización sanitaria que coincide básicamente con los objetivos expuestos en la proposición no de ley que se debate y que ha sido elaborado teniendo en cuenta lo que piensan los españoles, lo que ocurre en otros países y cómo han evolucionado los distintos sistemas sanitarios. Para el Partido Popular, por otro lado, el debate sanitario principal –coincidimos con el señor Revilla que es el de regulación “versus” competencia- está resuelto: decididamente competencia”.

Esta supuesta coincidencia fue rechazada de manera expresa por el portavoz del CDS en aquel caso, el diputado Carlos Revilla¹⁹⁴, pero recogida de una otra manera por otros grupos parlamentarios: el portavoz de CiU en aquel Pleno, por ejemplo, incluía en su intervención las palabras siguientes: *“...Este debate debería tener otro vuelo. El tema es tan importante que nos parece que debería merecer ... un debate en profundidad para llegar a saber de una vez por todas cuál es el modelo de sanidad definitivo, cómo ha de funcionar el modelo de sanidad de este país ... El problema ha desbordado la propia proposición no de ley. Se ha hablado aquí de hurtar el debate, de distintos modelos sanitarios y de los defectos de algunos modelos sanitarios. Es verdad – y se puede aceptar- que los modelos neoliberales pueden tener defectos, pueden ser más o menos caros, pero, señorías, ya no hay otros modelos defendibles. El modelo hoy es éste, el que tenemos, el que hay que perfeccionar, el que no vamos a defender a capa y espada. En todo caso, corriámoslo, modifiquemos lo que hay que modificar, porque lo que conocemos hoy de otros modelos no nos sirve y parece que no pueden ser muy defendibles aquí, hoy en día...”*.

La lectura posterior del informe, que se entregó a un Ministro distinto al que como Presidente del Consejo Interterritorial encabezó su encargo¹⁹⁵, permite destacar en

¹⁹⁴ El diputado Revilla afirmó *“...En estos momentos, para bien o para mal, en el mundo de los expertos sanitarios la dicotomía entre competencia y regulación no está resuelta. Nosotros, sinceramente, no la tenemos resuelta. Creemos que es importante solucionarla y saber cuánta dosis de regulación y cuánta dosis de competencia tenemos que introducir en el sistema sanitario...”*.

¹⁹⁵ Quien lo recibió en Julio de 2001 fue, a los pocos meses de haber iniciado su mandato como Ministro de Sanidad, Julián García Valverde, mientras que quien presidió el 4 de junio de 1990 el Consejo

su apartado II. 1 (*“Bases para la reforma. Aspectos de organización”*), al hacer referencia a las *“Estructuras de gestión”*, las siguientes afirmaciones-propuestas:

“La introducción progresiva de la separación entre las competencias de financiación y “compra” de servicios sanitarios y las funciones de gestión y provisión permitiría una diferenciación nítida entre los principales actores del Sistema y el reconocimiento de sus respectivas responsabilidades, y constituiría un requisito necesario para la mejora de la efectividad y eficiencia del conjunto.

Las reformas que se han iniciado en aquellos países (Inglaterra y Suecia) cuya base organizativa es un sistema nacional de salud semejante al español van en esta dirección.

En un marco de diferenciación de funciones como el descrito, la Administración central y los Gobiernos Autónomos serían financiadores principales; las áreas de salud, “compradores” de servicios; los hospitales, centros de salud, médicos en equipo o, incluso, individualmente y oficinas de farmacia, proveedores; y los usuarios, clientes.

Según esta organización, la autoridad administrativa establecería las normas generales reguladoras de la asistencia sanitaria y asignaría los recursos financieros disponibles a los que han de actuar como “compradores” de servicios para la población “afiliada” en su territorio: las funciones de “comprador” se realizarían a través de contratos con los proveedores públicos o privados de servicios sanitarios. La obligación fundamental del “comprador” – gestor de área- sería la de conseguir para su población “afiliada” la mejor calidad de los servicios con los recursos disponibles.

Este llamado “mercado interno” produciría un cierto estímulo competitivo entre las unidades de provisión de servicios (hospitales, centros de salud, etc.) que debería suscitar mejoras en la calidad y el coste de las prestaciones. Por otra parte, la competencia proporcionaría al usuario un mayor margen de elección entre los proveedores.

Los contratos, que especificarían la calidad, la cantidad y el precio de los servicios previstos, serían la base fundamental de las relaciones entre “compradores” y proveedores de servicios. De esta forma, los “compradores” podrían progresivamente responsabilizar a los proveedores de su rendimiento”.

A su vez, en el apartado de *“Recomendaciones”* se incluían las siguientes, relativas a la gestión de los centros:

Interterritorial en el que se encargó, conforme al mandato parlamentario, el informe, fue el anterior ministro del ramo, que pasó luego a serlo de Defensa, Julián García Vargas.

“Sociedades públicas

En las unidades de provisión de asistencia sanitaria y de propiedad pública sería necesario impulsar una verdadera autonomía financiera y patrimonial, de modo que crecientemente pudieran tener plena capacidad de obrar y de contratar y obligarse, requisitos que definen el vértice de las responsabilidades e impiden que éstas se transfieran más arriba.

13. Para ello, los hospitales y otros centros de servicios sanitarios podrían transformarse en sociedades estatales que, en su funcionamiento, quedarían sometidas al derecho privado. Esta situación haría posible la autonomía responsable de la gestión y la posibilidad y motivación para captar ingresos adicionales, sin perjuicio de controles posteriores de gasto, tanto o más exigentes que los actualmente establecidos.

14. La transformación del régimen jurídico no precisa ser universal, e inicialmente podría dirigirse a un grupo de unidades que cumplan determinadas condiciones y en las que exista un suficiente grado de aceptación.

En el supuesto de que se produzca esta transformación, la unidad dotada de personalidad jurídica tendría que subrogarse en las obligaciones, esencialmente de personal y de contratos con terceros, que tuviera la antigua unidad. En cuanto a la subrogación de las obligaciones de personal, se indica en el capítulo correspondiente un procedimiento que la haría factible...”.

Del informe final citado cabe destacar que, pese a la amplia relación de entidades, personas y grupos diferentes que colaboraron con la Comisión Abril, cuyas observaciones y propuestas están recogidas en numerosos y amplios anexos del propio informe, ni dichas posiciones, ni las valoraciones de las mismas que hubieran podido ser hechas por los miembros de la Comisión para sustentar sus observaciones y recomendaciones, incluyen una descripción suficientemente amplia y precisa de la situación general del Sistema, salvo caracterizaciones generales acerca de la necesidad de mejorar su eficiencia, como para servir de base a las propuestas mencionadas. Y sobre todo para justificar las ventajas que se podrían derivar de la aplicación de esas propuestas, que carecían de demostración previa de sus efectos, y más aún de su viabilidad real en el contexto específico del panorama político y social español. No parece con todo ello que el informe respondiera al debate abierto por el que el ponente del CDS rechazó en el debate parlamentario el apoyo del PP sino, por el contrario, más bien a la expresión de un debate con conclusiones prefiguradas, que suponía poner en cuestión el modelo aprobado tres años antes.

El primero de los párrafos transcritos, el relativo a la separación entre las funciones de compra y provisión de servicios, parece constituir antes que nada una declaración general, e inespecífica para el caso español, de principios básicos no precisados de ninguna demostración y, en ese sentido, un “prejuicio”. Lo que quizás se aproxime bastante a la situación real que se daba en aquel momento respecto a los procesos de reforma que se iniciaban en otros países. Todos ellos estaban guiados por la creación de “mercados sanitarios” de una u otra naturaleza, y en todo caso, por el recurso al mercado para la solución de los problemas (supuestamente de manera principal los de eficiencia) de los sistemas sanitarios de los países desarrollados.

Por otra parte, puede considerarse también la falta de diferenciación de esas propuestas genéricas en relación con las que se hicieron, partiendo de unas posiciones previas similares, guiadas sobre todo por razones ideológicas semejantes, en otros países, a los que se cita expresamente en el informe, o las que se hubieran podido hacer en otros ámbitos de la propia Administración.

Todo ello habla a favor de su escasa especificidad. Lo que parecen muchas de ellas es más bien una trasposición casi mecánica, sólo matizada de manera muy ligera, de las propuestas formuladas en otros países al ámbito español. Sobre todo si se tiene en cuenta que, siendo la mejora de la eficiencia una necesidad evidente también por parte de nuestro sistema sanitario, éste se encontraba principalmente inmerso ya en aquel momento en un cambio organizativo principal, su descentralización, que condicionaba sustancialmente incluso la perspectiva de los procedimientos con los que se podría mejorar su eficiencia. Aspecto éste de la descentralización (política) que por entonces estaba a mitad de su desarrollo, el cual, sin embargo, no merece más que algunos comentarios de pasada en el informe

En todo caso, esa falta de precisión y especificidad no constituiría por sí misma una originalidad del documento español: lo mismo se ha observado respecto a los de otros países, en especial los del Reino Unido.

Lo que, sin embargo, sí marca la diferencia con respecto a éstos, es el escaso debate y la ausencia completa de desarrollo específico posterior que tuvo lugar en el caso del documento español, incluso por parte de los órganos, el Congreso de los Diputados y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que vehicularon el encargo de su desarrollo y fueron el soporte administrativo para su realización.

Por parte del órgano de coordinación sanitario el texto del acuerdo con el que se acusó la recepción del informe¹⁹⁶ parece traducir de manera más o menos explícita una cierta perplejidad ante su entrega, quizás justificada por los cambios personales que entre su encargo y esa entrega se habían producido en los titulares de diferentes responsabilidades tanto ministeriales como autonómicas. Si se acepta esa razón, cabe sugerir que en la transmisión de responsabilidades efectuada en el cambio ministerial no se habría resaltado la importancia política de las tareas y el informe encomendados a la Comisión. Lo que sólo es comprensible si unas y otro carecieran realmente de importancia destacada también para quienes los encargaron.

Por su parte, la Comisión de Política Social y Empleo del Congreso no llevó tampoco a cabo ninguna actuación posterior a la entrega del informe. Lo que lleva de la misma manera a plantearse las razones que pudieron dar lugar a la aceptación, al menos por parte del Grupo Socialista, de la proposición no de ley de un grupo parlamentario que entonces estaba ya en franco declive¹⁹⁷ que dio lugar a su creación¹⁹⁸. Y a que en la

¹⁹⁶ El texto del acuerdo del Consejo Interterritorial, celebrado el 9 de Septiembre de 1991, en el que acusó recibo del informe, dice textualmente:

“El Pleno (del Consejo) a instancias de su Presidente, acuerda hacer constar:

1.- Su agradecimiento a cuantas personas e instituciones han colaborado en la elaboración del informe y su documentación anexa, que han logrado llamar la atención de todos los ciudadanos acerca de los problemas y reformas necesarias del Sistema Nacional de salud. El Consejo Interterritorial alienta la continuación de este debate, que debe culminarse en la Comisión de Política Social y de Empleo del Congreso de los Diputados, de la que deben salir las líneas de reforma que permitan a nuestro sistema sanitario responder mejor a las necesidades, demandas y expectativas de los ciudadanos, fomentando su calidad en todos los aspectos.

2.- La conveniencia de un amplio acuerdo entre todas las fuerzas políticas y sociales acerca de las actuaciones de mejora que deben acometerse. Dicho acuerdo es el que debe producirse en el debate parlamentario indicado.

3.- El convencimiento de que la mejora en la calidad de los servicios implica ineludiblemente una mayor autonomía y flexibilidad en la gestión de los servicios sanitarios a todos los niveles, cuyas formas deben definirse en el debate señalado.

Esas nuevas formas de gestión deben constituir la mejor garantía de la buena utilización de los recursos económicos dedicados a la sanidad, los cuales deben definirse con claridad y garantizar su suficiencia en relación con las prestaciones del Sistema.

4.- Su compromiso de complementar el informe, que se centra fundamentalmente en aspectos organizativos y de gestión, con la elaboración de un Plan General de Salud que fije los objetivos de salud de toda la población, los cuales son la razón final de los aspectos organizativos citados.

5.- El compromiso de poner en común cuantas actuaciones e iniciativas se vayan promoviendo desde las distintas administraciones en el ejercicio de sus competencias sanitarias, a fin de facilitar las modificaciones precisas en el ámbito de la gestión y las actuaciones en materia de salud encaminadas a la consecución de los objetivos indicados”.

¹⁹⁷ El Grupo Parlamentario Socialista presentó una enmienda de sustitución, que fue la finalmente aprobada, en la que el ámbito de creación de la Comisión se vinculó al Consejo Interterritorial, en vez de hacerlo, como se hacía en la proposición original, a la Comisión del Congreso citada.

¹⁹⁸ El escaso relieve político que se dio a la aceptación de la propuesta del CDS, puesto de manifiesto por quienes representaron a los diferentes partidos en el debate de la proposición, resta valor a la consideración de que la aceptación de la propuesta pudiera tener algún sentido específico de intentar sostener de alguna forma con ésta y otras iniciativas desde el gobierno socialista a un partido como el

composición de la propia Comisión finalmente designada por el Ministerio de Sanidad, encargado por otra parte de gestionar la aplicación de una ley que había definido de manera supuestamente innovadora el modelo y la organización del sistema sanitario español sólo tres años antes, se incluyera a un elenco de personas que, con independencia de su cualificación y la personalidad “relevante” de quien la presidiera (única condición impuesta por el Consejo Interterritorial en el acuerdo para la constitución de la Comisión) , resultaban todas ellas ajenas por completo y sin ningún grado de afinidad con el modelo sanitario establecido en la norma.

Tales actitudes resultan, por el contrario, por una parte reveladoras del escaso grado de arraigo del que disponía el texto de la Ley General de Sanidad en el seno del propio partido que la había aprobado tres años antes, que de otra manera no hubiera permitido su puesta en cuestión de manera tan inmediata.

Por otra parte, otras situaciones ocurridas en el mismo período en el ámbito de lo sanitario pueden también ayudar a comprender el carácter marginal que ya por entonces tenían los desarrollos relativos a la salud y los servicios sanitarios dentro del Partido Socialista en aquel momento.

Es el caso, por ejemplo, de la primera Ley de reproducción asistida española, la 35/1988, aprobada en ese año. Su propuesta y su desarrollo hasta su aprobación tuvieron su origen y apoyo en el seno de una Comisión parlamentaria de composición pluripartidaria constituida al efecto, a la que fue ajeno el Ministerio de Sanidad del momento. La ley fue precursora de normas posteriores semejantes en los años siguientes por parte la casi totalidad de los países de nuestro entorno, incluso de la mayoría de los países desarrollados. En España, sin embargo, una vez aprobada esa ley, los sucesivos Ministerios de Sanidad de los correspondientes gobiernos socialistas no la desarrollaron reglamentariamente hasta el final del período de gobierno del PSOE, apenas dos meses antes de la entrada en el Gobierno del Partido Popular, lo que ha dado lugar a numerosas consecuencias problemáticas posteriores .

A semejanza de esa norma, los desarrollos sanitarios, fuera cual fuera su ámbito, incluidos los relativos a la organización y la gestión de los servicios, carecieron a lo largo de este período de cualquier grado de prioridad política general, y se movieron tan sólo en el círculo de implicados en el gobierno más inmediato de las competencias

CDS. Éste, heredero de la antigua UCD, significaba la pervivencia de otra opción dentro de la derecha española que pudiera evitar la confluencia de los votos del sector de la población representada por ésta en un solo partido, como ocurrió de hecho progresivamente con el PP, que se constituyó así en opción real de gobierno que se hizo efectiva unos años después, en 1996.

sanitarias. Éstos establecían sus propias prioridades al efecto, y resultaban en todo caso supeditados en su desarrollo y aplicación a los criterios políticos de los sectores del Gobierno, los económicos, que resultaban el único gobierno existente de hecho. Una situación más acentuada aún en un período en el que la consecución de los objetivos de convergencia europea impusieron políticas económicas restrictivas en todos los servicios (Navarro, 2006).

Sólo esa situación permite entender que un informe de tan escasa concreción, pero de orientación tan evidente, como el desarrollado por la Comisión Abril, que careció de efectos inmediatos a su publicación, incluida la ausencia de debate, salvo algunas valoraciones de apoyo por parte de sectores afines a los criterios sostenidos por el informe (López i Casanovas G. 1991) se incorporase al imaginario colectivo de nuestro sistema sanitario como una referencia principal para muchos de las reformas en el ámbito de la organización y la gestión de los servicios que nuestro sistema precisaba.

De la misma manera, el efecto hacia dentro del Partido Socialista del Informe fue el de contribuir a reforzar las posiciones de quienes sostenían ya entonces las posiciones más “liberales” como solución para los problemas de los servicios públicos. A la vez que probablemente contribuyó a reducir más aún la confianza en la solidez, ante todo económica, de quienes, la mayoría procedentes del propio sector, gestionaban los servicios sanitarios, cuya gestión a su más alto nivel, como consecuencia, no fue ni ha sido después desempeñada por ningún sanitario.

e.4) La reforma de la gestión en el ámbito del INSALUD no transferido a partir de 1992: el Contrato-programa.

4.1) Los antecedentes inmediatos.

A principios de 1991, transcurrido un plazo de más de un año desde las elecciones generales previas, que tuvieron lugar en 1989, se produjo una remodelación del Gobierno, en la que el titular del Departamento sanitario, Julián García Vargas, pasó a ocupar la cartera de Defensa. Fue sustituido en el Ministerio de Sanidad por Julián García Valverde, que hasta entonces había sido Presidente de RENFE, cargo en el que había puesto en marcha, entre otras realizaciones, el AVE a Sevilla.

Sin que se dieran razones explicativas de tal nombramiento, con el mismo parecía confirmarse la valoración de que los problemas sanitarios de aquel momento eran ante todo económicos, entre ellos el control del incremento del gasto sanitario y la

mejora de la eficiencia del sistema, para cuya solución se acudía a poner a su cabeza a un reconocido gestor.

Su mandato fue, sin embargo, muy limitado, pues habiendo completado su equipo en Julio de 2001, a los pocos meses, en enero de 2002, presentó su dimisión (fue el primer y casi único Ministro en hacerlo) ante las acusaciones por parte del Partido Popular de que estaba siendo objeto de haber actuado de manera contraria a la ley y a favor de los intereses de la Red pública ferroviaria en la compraventa de unos terrenos en una población cercana a Madrid, así como de haber favorecido a determinadas empresas en las compras de material del AVE con objeto de favorecer la financiación del Partido Socialista. Cargos de los que, con algunos de sus colaboradores más cercanos en la empresa ferroviaria, fue exonerado por completo tras un largo proceso ¡¡¡más de quince años más tarde!!!.

El diseño con respecto a la gestión de los centros sanitarios que tenía previsto desarrollar, que no fue posible llevar a cabo en tan corto período, incluía la conversión, a título inicial y experimental, de algunos de los más grandes hospitales de Madrid en centros de actividad y gestión independientes, siguiendo un modelo similar al que había aplicado en la empresa ferroviaria, en la que las líneas de cercanías y larga distancia, o las infraestructuras, se convirtieron en unidades de gestión independiente, generando una dinámica de “compra de servicios” entre ellas.

Quizás una de las causas determinantes de la designación de quien sustituyó al Ministro García Valverde fue la perentoriedad con la que fue necesario hacer el nuevo nombramiento, fuera del marco de una renovación del Gobierno más amplia. El hecho es que el nombramiento recayó en el que hasta entonces venía siendo el Consejero de Salud de la Junta de Andalucía, el Inspector de Trabajo José Antonio Griñán, quien durante un período inicial mantuvo una parte del equipo que había nombrado su predecesor en el cargo ministerial.

Unos meses después, en Julio del mismo año, se promulgó un Real Decreto, el 858/1992, de 10 de ese mes, por el que se modificaba la estructura orgánica básica del Ministerio. La importancia de esa norma no deriva de los cambios estructurales que la misma introducía con respecto a la estructura anterior sino, ante todo, de la manifestación expresa que en ella se realizaba de la distinción que debía hacerse de *“lo que son, por una parte, el ámbito de aseguramiento del derecho a la protección de la salud y, por otra, la provisión de recursos sanitarios.”*

La Ley 14/1986, General de Sanidad, sienta las reglas básicas de desarrollo de esta diferenciación al delimitar las funciones de la autoridad sanitaria y separarlas del organismo encargado de la prestación de servicios, el Instituto Nacional de la Salud, al que atribuye un carácter temporal e instrumental. De hecho, la Ley General de Sanidad se limita, en su disposición transitoria tercera, a constatar la existencia del Instituto Nacional de la Salud y su supervivencia temporal “en tanto no se haya culminado el proceso de transferencias a las Comunidades Autónomas con competencia en la materia”...

En el ámbito de las competencias del Estado, la autoridad sanitaria, radicada en el Ministerio de Sanidad y Consumo, conlleva las funciones atinentes al aseguramiento del derecho a la protección de la salud; funciones que, en definitiva, se dirigen a garantizar la igualdad sustancial de todos los españoles en el ejercicio de este derecho fundamental.

Para ello, el Estado debe ejercer una función reguladora de las condiciones de ejercicio del mencionado derecho con independencia de quién sea la entidad o establecimiento que tenga a su cargo las prestaciones concretas a través de las cuales aquél se hace efectivo. Esta función prestadora puede corresponder a la Administración del Estado (INSALUD) o a las Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales o establecimientos sanitarios privados...”.

Con todo ello, la norma traducía de hecho al ámbito estructural de la organización sanitaria española, pretendiendo basarse para ello en las disposiciones de la Ley General de Sanidad, la distinción entre financiación y provisión de servicios, en la línea de la creación de “mercados sanitarios”, que caracterizaba a todas las reformas que se estaban llevando a cabo en otros países en aquel momento. Distinción que, por otra parte, había sido propuesta también de manera expresa como contribución esencial para la mejora de la eficiencia del Sistema por el Informe Abril.

Por otra parte, el marco económico en el que debían aplicarse las reformas estructurales de separación de funciones definidas en la norma citada era el Programa de Convergencia presentado por el Gobierno en marzo de 1992 (Montero, 1993), programa que incluía en esencia las medidas restrictivas del endeudamiento y el gasto definidas en los acuerdos de Maastricht para el establecimiento de la moneda única.

La envoltura positiva para la aplicación de unas y otras medidas se llevó a cabo mediante un “Plan de Consolidación del Sistema Nacional de Salud” elaborado por el Ministerio de Sanidad en Julio de 1992, que definía como objetivos:

1. garantizar los principios de solidaridad y equidad mediante el mantenimiento de las características esenciales del SNS: financiación pública, cobertura universal, prestación pública hegemónica y corrección de las desigualdades territoriales.
2. aumentar la eficacia del SNS y el grado de satisfacción de los usuarios mediante la aplicación de medidas estructurales y de gestión.
3. adecuar el crecimiento del gasto sanitario al desarrollo económico y social español, en el marco de la integración en la Comunidad Europea.

A su vez, el Plan de Consolidación mencionado se tradujo no tanto en un programa de actuación referido al conjunto del Sistema Nacional de Salud, como en un “Plan de Gestión” para el ámbito del INSALUD que se mantenía sin traspasar a las CCAA, cuya gestión directa se seguía realizando por la Administración del Estado.

Las razones para esa limitación hay que buscarlas quizás en que el INSALUD no transferido, a pesar de constituir ya entonces una parte minoritaria de la población protegida por el sistema sanitario general (el de la Seguridad Social) y, en consecuencia, de su presupuesto, era la referencia de hecho para la elaboración de este último, mediante la proyección al presupuesto del INSALUD de los coeficientes de distribución proporcionales a la población respectiva de cada territorio con la gestión transferida, sistema de distribución al que he hecho referencia al hablar de la financiación sanitaria.

El Plan de Gestión consistía en un conjunto de medidas que, diseñadas por el Ministerio de Sanidad, debían ser aplicadas por el INSALUD, tanto por los niveles centrales de la organización como por los centros periféricos. Las medidas, conforme a su definición por quienes lo elaboraron, se articulaban alrededor del análisis de la situación de las necesidades y demandas de servicios de la población protegida, así como del estudio de la adecuación de los servicios sanitarios para satisfacer unas y otras, y se agrupaban en cuatro grandes apartados:

- en primer lugar, el establecimiento de objetivos para el INSALUD no transferido en el ejercicio presupuestario de 1993.

- en segundo lugar, el desarrollo de medidas para lograr una más estrecha vinculación de la gestión al presupuesto.

- en tercer lugar, el desarrollo de sistemas de evaluación y seguimiento presupuestario y de gestión.

- por último, la mejora de la estructura de gestión y funcionamiento operativo de los servicios, que a su vez contenía medidas destinadas a introducir elementos de mayor

flexibilidad y autonomía de gestión en los centros, y a desarrollar mecanismos de competencia interna.

4.2) El diseño del Contrato- programa.

El Plan de Gestión citado se hizo efectivo mediante el diseño del llamado Contrato- programa, un término tomado de las fórmulas de gestión utilizadas en otros servicios públicos, conforme al cual se pretendían poner en relación la gestión a realizar, cuantificada en términos de actividad con criterios añadidos de calidad del servicio, con el presupuesto global del INSALUD y con el de cada uno de los centros gestionados por el mismo, establecidos uno y otros en términos prospectivos.

4.2.1) El contrato con los centros¹⁹⁹.

Para la medición de la actividad de los centros, que se trataba de acordar en el contrato en términos más ajustados que la información proporcionada por los indicadores tradicionales (en el caso de los hospitales, el nº de ingresos o pacientes tratados, el número de estancias, o la estancia media), se recurrió a la definición de una nueva unidad de medida de la actividad asistencial, la Unidad Ponderada de Asistencia (UPA).

El diseño de esta nueva unidad de medida partió del análisis de otra unidad, la denominada “UBA” (Unidad Básica Asistencial), que se venía utilizando previamente y durante varios años como herramienta simple de medición de productos intermedios en los hospitales para fijar las tarifas de los conciertos con hospitales ajenos al propio INSALUD, en función de las unidades “realizadas” en cada caso²⁰⁰.

La UBA, según las valoraciones llevadas a cabo, no diferenciaba adecuadamente los distintos productos hospitalarios (las actividades medicas, quirúrgicas, obstétricas, pediátricas, o las realizadas en las urgencias) con diferencias relevantes en cuanto a costes, ni diferenciaba tampoco las mismas según las características de complejidad de los centros, con su repercusión económica, que se había demostrado como uno de los factores más relevantes que diferenciaban en cuanto a costes a unos hospitales de otros.

La definición de la UPA resultante de los estudios estadísticos realizados aportó a la solución de ese problema, en primer lugar, una valoración diferente en términos de coste de la estancia “promedio” en cada uno de los servicios hospitalarios: siendo de valor 1 en los servicios de Medicina, se le dio un valor de 1,5 en los servicios de

¹⁹⁹ Para una explicación más amplia de este concepto se puede ver Gavilanes (1993).

²⁰⁰ Su utilización como sistema de presupuestación y pago a los hospitales tanto propios como ajenos formaba parte de las recomendaciones del informe Abril.

Cirugía, de 1,2 en los de Obstetricia, de 1,3 en los de Pediatría y 5,8 en las Unidades de Cuidados Intensivos. La valoración se aplicó también a las consultas ambulatorias (que se estimó consumían 0,25 UPAs por consulta), y a las urgencias (0,3)²⁰¹.

Por otra parte, y en segundo lugar, el cálculo efectuado en términos de promedios supuso también la “extracción” del cálculo de determinadas actividades específicas definidas por su carácter singular, alto consumo de recursos y carácter estratégico de su implantación en centros determinados (en aquel momento, trasplantes, hemodinámica, hemodiálisis, y docencia (MIR)), lo mismo que otros procedimientos de cirugía mayor ambulatoria (cataratas, herniorrafias, safenectomías, hallux valgus, fimosis, drenaje de quiste lacrimal), practicados en muchos casos en centros concertados. Para unos y otros se previó la aplicación de una tarifa directa.

Diseñada la unidad de producto aplicable a todos los centros, por la Dirección General de Planificación del Ministerio de Sanidad, que fue la que dirigió en la práctica el desarrollo del proceso, se le atribuyó también un coste a la misma.

El siguiente paso fue definir para cada centro hospitalario un presupuesto con arreglo a la actividad, diferenciada por las áreas descritas, que se esperaba del mismo. En esa definición prospectiva se tuvieron en cuenta tanto los datos históricos de actividad como la previsión de optimizar los indicadores de actividad previos (estancia media, índice de ocupación y otros indicadores de productividad). Los objetivos fijados en el contrato con cada centro, supuestamente establecidos mediante negociación, pretendían también establecer pactos por líneas de producción: en el caso de la hospitalización, un número mínimo de ingresos anuales y un límite máximo para la estancia media; en el caso de las consultas, un número de primeras consultas y una determinada relación entre consultas sucesivas y primeras consultas. Estos pactos se debían a su vez traducir en los correspondientes valores en UPAs.

El presupuesto prospectivo de ingresos fijado el primer año del Contrato-programa para cada centro se completaba desde el punto de vista de los ingresos: 1) con el correspondiente a los procedimientos extraídos del cálculo de las UPAs que pudiera definirse para determinados centros, 2) más los ingresos previstos por facturación a terceros obligados al pago (Mutuas de accidentes de trabajo; seguros de automóvil y otros), calculados en cada caso sobre bases históricas de cobros por este concepto y deudas pendientes, y 3) en algunos casos en los que las previsiones de ingresos y gastos

²⁰¹ La comparación entre el valor atribuido a las UBAs y a las UPAs en las distintas áreas de actividad puede verse por ejemplo en Sevilla (1993).

no estuviera equilibrada por razones históricas de gasto o condiciones estructurales (por ejemplo, excesos de personal) que determinaran un gasto superior al de los ingresos previstos con arreglo a la actividad a desarrollar, con la previsión de subvenciones a la explotación que evitasen que esos centros abocasen a situaciones de quiebra técnica.

El presupuesto de gastos se dividía a su vez en los apartados de Personal (I), Gastos Corrientes (II. Compra de bienes corrientes y servicios), Transferencias corrientes (III) y Fondos de amortización (IV), para cuya estimación se partía de los datos de los años previos.

El modelo de Contrato con los centros diseñado incluía también dos cláusulas de interés:

- la primera indicaba que las modificaciones que se derivasen del incremento o disminución de la actividad contemplada en el propio contrato requerirían la previa aceptación del Ministerio de Sanidad, y se incluirían como cláusula adicional a aquél, salvo que se tratase de servicios prestados a terceros.

- la segunda, que el saldo positivo que pudiera existir en su caso entre los presupuestos realmente ejecutados de gastos e ingresos revertiría, en proporción a determinar, en el propio hospital, previa autorización del Ministerio de Sanidad, a propuesta del Director General del Insalud, y tendría como requisito esencial el cumplimiento de los objetivos de actividad establecidos en el anexo del contrato-programa de cada centro.

El contrato contenía también la previsión del establecimiento de indicadores de incumplimiento, estableciendo márgenes para éste en distintas áreas (gastos en farmacia, personal y compra de bienes corrientes y servicios), así como cláusulas de penalización en proporción prefijada a los niveles de desviación observados en cada uno de esos campos. Y en el campo de las inversiones preveía priorizar las inversiones en reposición sobre las obras o equipamientos nuevos.

4.2.2) El contrato con la Dirección General del INSALUD.

Por otra parte, el Contrato tenía otra dimensión distinta, la correspondiente al INSALUD en su conjunto. El papel de éste para el diseño del Contrato era doble: en primer lugar, como marco, la cifra del presupuesto fijada para el INSALUD en los Presupuestos Generales del Estado constituía la referencia de la cantidad a distribuir entre todos sus centros. Por otra parte, esta cifra debía resultar idéntica a la suma de los presupuestos de todos los centros de actividad dependientes del propio INSALUD, definidos en el caso de los hospitales por el procedimiento indicado más arriba.

Tabla 18. Objetivos del Contrato-Programa del INSALUD 1993 en Atención Especializada.

	Mínimo Ingresos	Máx. Est. Media	Nº Estancias	U.P.A.s.
Esp. Médicas	346938	11,94	4143992	4143992
Esp. Quirúrgicas	529657	8,81	4666312	6999468
Pediatría	87912	5,71	501792	652330
Neonatología	24891	8,78	218499	284049
Obstetricia	166225	3,97	659822	791786
U.C.I.	57989	5,63	326248	1892238
TOTAL	1142563	9,20	10516665	14763863
			Número	J.P.A.s
Urgencias no ingresadas			3486081	1045824
Primeras consultas			6703249	1675812
Relación primeras/ sucesivas			2,10	2107777
Cirugía ambulatoria, procedimientos no especif.			203858	50964
TOTAL				4880237
TOTAL U.P.A.s				19644246
ACTIVIDADES ENTRAIDAS DE U.P.A.	NÚMERO	Cirugía ambulatoria, procedimientos:		NÚMERO
Docencia M.I.R.	5708			
Extracción órganos:		* Cataratas		11761
* Renal bilateral	198	* Adenoidectomía		9466
* Multiorganica	277	* Safenectomía		1714
Trasplantes		* Hallux Valgus		1862
* Renales	504	* Herniorrafia Unilateral		7363
* Cardíacos	113	* Herniorrafia Bilateral		1819
* Hepáticos	224	* Fimosis		9360
Pacientes /mes Hemodiálisis	3322			
Hemodinámica, procedimientos:		* Incisión y drenaje quiste lacrimal		4306
* Diagnósticos	20324			
* Terapeuticos	3817			

Para alcanzar la identidad de ambas cifras se comenzó por prever una distribución de la masa global aprobada como presupuesto del INSALUD no transferido en los Presupuestos Generales del Estado entre las Comunidades Autónomas en las que el Instituto se gestionaba todavía por la Administración General del Estado. En consecuencia, en función del presupuesto existente, el Ministerio de Sanidad configuró un presupuesto inicial (en la sombra, sin vinculación normativa alguna) para la

financiación de la asistencia sanitaria en cada Comunidad Autónoma (CA) no transferida. Ese presupuesto se realizó en cada caso sobre la base de criterios capitativos, teniendo presente la población protegida en cada caso, pero introduciendo ciertas correcciones del gasto histórico en cada una, con el fin de reducir las diferencias en gasto per cápita existentes entre ellas.

La cantidad correspondiente a cada CA se distribuyó luego (con el mismo carácter ficticio) entre los centros existentes en cada una de ellas, tanto los hospitalarios como los extrahospitalarios, vinculando el presupuesto definido en cada caso con la actividad que, en el caso de los hospitales, se previera que el centro correspondiente debía desarrollar, conforme al método descrito antes. La suma de la actividad a desarrollar por todos los centros hospitalarios constituía el objetivo de actividad del INSALUD en su conjunto, distribuido por áreas de actividad, conforme se puede ver en la Tabla 17. El contrato definía también objetivos de actividad hospitalaria para algunos indicadores concretos (estancia media; primeras consultas; relación consultas sucesivas/primeras), estableciendo objetivos de mejora en el año objeto del contrato con respecto a la situación en los años previos (Tabla 18).

Tabla 19. Objetivos del Contrato-Programa del INSALUD 1993 en Atención Hospitalaria.

	91	Estimación 92	Objetivo 93
Ingresos	1.055.979	1.092.174	1.142.563
Estancia Media	9,63 d.	9,3 d.	9,2 d.
Primeras Consultas	6.573.286	6.604.244	6.703.249
Relación Sucesivas/Primeras	2,17:1	2,21:1	2,10:1
Urgencias no ingresadas	3.452.203	3.358.412	3.486.081
Cirugía Ambulatoria-			
Procedimientos no especificados	120.686	163.494	203.293
Cirugía Mayor Ambulatoria	*	*	47.651
Trasplantes Renales	481	460	504
Trasplantes Cardiacos	86	70	113
Trasplantes Hepáticos	167	174	224
Diálisis Paciente/mes	3.156	3.485	3.322

* Información no disponible para todo el INSALUD años 1991 y 1992
Procedimientos: cataratas, adenoidectomía, safenectomía, hallux valgus, herniorrafia unilaterial, herniorrafia bilateral, fimosis, incisión y drenaje quiste lacrimal

Por otra parte, como quiera que esa definición de objetivos de actividad no estaba establecida para los centros de atención primaria, en el contrato global del INSALUD se incluyeron objetivos de extensión de la red de Equipos de Atención

Primaria en cada una de las CCAA cuya asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) era todavía gestionada por el citado Instituto (Tabla 19).

Por su parte, en el ámbito de la atención primaria la Dirección General del INSALUD estableció objetivos por centros para diferentes actividades como determinadas vacunaciones en niños y adultos, atención a grupos de enfermos crónicos (cardiovasculares, bronquíticos crónicos, diabéticos o pacientes con SIDA) y atención domiciliaria a enfermos inmovilizados y enfermos terminales. Con cada centro se establecieron también objetivos de reparto de la tarjeta sanitaria individual, reducción del porcentaje de consultas con más de 35 pacientes/día, y porcentaje de consultas abiertas en horario de tarde, de pacientes que pudieran obtener cita con el especialista desde el centro de salud, y de personas con tiempo de espera en consultas inferior a 15 minutos. Los objetivos en cada uno de estos casos se preveían en relación con lo realizado con arreglo al mismo parámetro en el año anterior.

Tabla 20. Objetivos del Contrato-Programa del INSALUD 1993 en cobertura y creación de Equipos de Atención Primaria por CCAA.

CCAA	POB CENS	COB 92	COB 93	EAP 92	EAP 93	TIS 92	TIS 93
ARAGON	1.188.816	62,77	70,60	60	72	35	71
ASTURIAS	1.093.938	53,71	65,11	48	57	39	74
BALEARES	709.138	47,00	62,32	21	31	39	65
CANARIAS	1.493.784	56,67	70,07	68	81	31	61
CANTABRIA	527.326	31,14	39,05	14	19	61	84
CASTILLA MANCHA	1.658.447	65,68	100,00	115	174	47	86
CASTILLA LEON	2.545.926	69,58	79,71	173	190	50	85
EXTREMADURA	1.061.851	68,01	79,34	61	74	34	77
RIOJA	263.434	69,20	73,10	12	14	70	100
MURCIA	1.045.601	42,75	63,86	30	48	21	81
CEUTA	67.615	70,00	71,00	2	2	6	50
MELILLA	56.600						
MADRID	4.947.556	52,82	61,34	215	231	38	63
TOTAL AP INSALUD	16.660.032	57,00	72,92	819	993	40	73

4.2.3) La aplicación del contrato programa.

El desarrollo efectivo del contrato programa tuvo lugar por primera vez para el ejercicio de 1993, y supuso la firma de compromisos a dos niveles: en primer lugar, entre la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo y la Dirección General del INSALUD (cuya responsabilidad abarcaba la gestión de la red sanitaria del Instituto en las 11 CCAA todavía no traspasadas en aquel momento, que eran las 10 que no se traspasaron hasta 2002 más Canarias, que lo fué en 1994). Una y otra estaban adscritas a la estructura de la Secretaría General de

Planificación del Ministerio de Sanidad, que ejercía además la presidencia del propio INSALUD, dotado de la naturaleza de organismo autónomo de carácter administrativo.

La situación descrita permite poner en cuestión de entrada hasta qué punto en el modelo de contrato-programa previsto en los términos antes citados se producía una separación real entre la responsabilidad de la cobertura, financiación y compra de los servicios sanitarios y la gestión de éstos.

El segundo nivel del “contrato” preveía a su vez la firma de los compromisos correspondientes entre la Dirección General del Instituto y cada uno de los centros de atención.

Así se hizo formalmente el primer año en el que tuvo lugar la firma del contrato. Sin embargo, desde el inicio, en la firma de este segundo nivel del contrato se hizo también presente de hecho la Dirección General de Aseguramiento y Planificación del Ministerio, cuya presencia resultaba determinante para la especificación de los objetivos de actividad en cada caso. Ésta era la unidad que había desarrollado y mantenía la aplicación del sistema de indicadores que sirvieron para establecer los objetivos de ese primer año, sistema que permitía evaluar el cumplimiento de los objetivos establecidos en el contrato-programa de cada centro del año anterior, así como la definición de los del año siguiente. Con esa situación práctica parecía ponerse de hecho en cuestión el papel y la autonomía de gestión no ya de los centros, sino del propio INSALUD, y con ello el diseño real de un modelo que se pretendía caracterizar por la separación entre las funciones antes citadas.

En realidad, el diseño y la aplicación del contrato-programa no constituyeron en ningún momento un programa político de actuación prioritaria por parte del Ministerio de Sanidad. Uno y otro fueron más bien un diseño impuesto por un centro directivo determinado del propio Ministerio, la Dirección General de Aseguramiento y Planificación, a otro centro Directivo del mismo Ministerio situado en el ámbito de la misma Secretaría General, la Dirección General del INSALUD, en lo que podría observarse como un intento tácito de sustitución de las responsabilidades de gestión de esta última por la primera.

La mejor prueba de ello es que la aplicación del modelo de “contrato” virtual señalado no se acompañó de medidas que proporcionasen mayores grados de autonomía en el ejercicio de sus propias responsabilidades a los centros, en especial los hospitalarios, en los dos ámbitos que constituyen la parte más importante de su gasto, la gestión del personal y las compras.

En el primero de esos dos ámbitos, el manejo de la contratación del personal se siguió manteniendo formalmente, como por otra parte era lógico que ocurriera al no haber cambiado el status del personal, cuestión a la que se hace referencia en el apartado siguiente, bajo el control supuesto de una Dirección General centralizada, la de Ordenación Profesional, independiente de la del INSALUD, a la que incluso se situó en el ámbito de la otra Secretaría General existente en el Ministerio, la de Salud, a la que en el esquema de separación de funciones establecido en el Real Decreto 858/1992 antes citado, se le atribuía el ejercicio de la autoridad sanitaria. Distinto es que aquella mantuviese en la práctica la congelación de los concursos que hacían efectiva la posibilidad regular de acceso a las plazas en los centros del INSALUD, que se había iniciado por la Dirección General de Recursos Humanos existente en la estructura ministerial diseñada previamente en 1991. Esa práctica propició el inicio de la aparición de toda clase de contratos irregulares, situación que hubo que resolver años más tarde con una Oferta Pública de Empleo. El hecho es que en todo caso no se estableció paralelismo alguno en la actuación de ambos centros directivos.

Lo mismo ocurrió en el caso de las compras. La evidencia más concreta en este caso es la realización de cinco “operaciones de saneamiento” en los años 1992, 1993, 1994, 1995 y 1996, con las que se pretendieron resolver las deudas contraídas después de 1991 por los centros con los proveedores sanitarios de distinto tipo (de medicamentos y productos sanitarios, de tecnología) al margen de los presupuestos formalmente aprobados²⁰². Tales operaciones constituyen la prueba palpable de que el intento de establecer una relación entre actividad y presupuesto, que constituía el objetivo central del contrato-programa como instrumento para la mejora de la eficiencia, no llegó nunca a establecerse, sin duda como consecuencia de que el mismo no formó parte de un programa político coherente y prioritario de actuación.

Por otra parte, en ausencia de instrumentos que propiciasen el ejercicio de sus responsabilidades por parte de los centros con mayores grados de autonomía en su

²⁰² Las deudas anteriores a diciembre de 1991 se resolvieron teóricamente con una “operación de saneamiento” previa aprobada en 1992, mediante el Real Decreto-Ley 6/1992, de 13 de noviembre, por el que se aprobó un crédito extraordinario por importe de 280.558.000.000 millones de pesetas, “para cancelar obligaciones derivadas del coste de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social”. Como he explicado en el capítulo sobre financiación, el importe de esta “operación de saneamiento”, lo mismo que el de las siguientes, se calculó sobre la base de las deudas pendientes del INSALUD no transferido, proyectando las cantidades proporcionales a su población protegida a cada una de las CCAA que ya habían recibido el traspaso del INSALUD, con independencia de cuál fuera su situación financiera y la gestión de sus recursos que hubiesen llevado a cabo. La cifra indicada en este caso es la suma de las cantidades destinadas al INSALUD y a las CCAA citadas. En la tabla 17 y el cuadro 15 se pueden observar los importes de cada una de esas operaciones y su distribución.

gestión, no se llegaron a aplicar nunca las cláusulas de penalización o beneficios previstas en los contratos. De la misma manera, los supuestos acuerdos prospectivos para la definición de los presupuestos formales de años sucesivos pasaron a convertirse de hecho en un ejercicio de imposición de los criterios diseñados desde el centro directivo que dirigía la operación.

Por esa misma razón no cabe extrañarse de que la evolución del contrato en los años siguientes, en paralelo a los recambios en los titulares de los centros directivos citados que se fueron produciendo, fuera la de ir perdiendo progresivamente la relación entre el presupuesto de cada centro y la actividad exigida del mismo. Lo que lo llevó a terminar por convertirse de hecho, ya en los años de gestión del Partido Popular, en un mero “contrato de gestión”, en el que sólo se pretendían comprometer desde el ámbito de la propia Dirección General del Instituto objetivos de actividad por parte de cada centro.

El efecto más positivo del diseño del contrato-programa fue el de aumentar y mejorar de manera efectiva la información sobre la actividad de los centros²⁰³. Esto permitió establecer comparaciones significativas entre ellos según su complejidad, nivel y tipo de actividad, sin que, sin embargo, de esas comparaciones se derivasen medidas efectivas de cambios en la gestión para mejorar la eficiencia y un mejor control de la evolución del incremento del gasto.

Cabe preguntarse, por último, sobre la coherencia de la propuesta, cuya aplicación conforme a su diseño sólo era posible en el ámbito del INSALUD no transferido, que, sin embargo, sólo suponía ya en aquel tiempo alrededor del 40% de los recursos y de la población protegida por el Sistema. En este sentido, el diseño y la aplicación del contrato-programa ayudaron también a perfilar el papel del Ministerio de Sanidad como si fuera tan sólo el Ministerio del INSALUD, contribuyendo con ello a deteriorar su rol como garante de la protección sanitaria universal y de la integración de un Sistema cuya perspectiva de futuro no podía ser otra que la que ya era de hecho aunque de manera parcial, la de un sistema de gestión descentralizada por completo. Para esta situación el contrato-programa, fuera de la contribución a la invocación genérica de la separación entre financiación y provisión que se había propuesto previamente desde otros ámbitos ya descritos, no aportó ninguna solución específica y adaptada a la realidad del sistema sanitario español.

²⁰³ Pueden compararse las valoraciones realizadas con indicadores tradicionales y las hechas con la definición de la UPA en Elola (1993) y Muñoz López-Carmona (1993).

e.5) Las referencias del Consejo Interterritorial a la gestión de los servicios sanitarios.

En el apartado 3.1 anterior he hecho ya referencia a los desarrollos legales realizados a partir de 1990 por numerosas CCAA, la primera de ellas Cataluña, a la que siguieron las restantes, previendo en las normas constitutivas de sus Servicios de Salud respectivos la posibilidad de adoptar por sus centros formas jurídicas diferentes y al margen del derecho administrativo tradicional.

Lo característico de esos desarrollos es que se llevaron a cabo de manera unilateral e independiente por cada una de ellas, aunque fuese inspirada por lo realizado por otras, sin que esos desarrollos fueran objeto de ninguna observación ni acción coordinada ni por parte de los órganos de la Administración General del Estado, ni por parte de los órganos de coordinación establecidos, en especial y de manera destacada el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Entre las actuaciones de este último, la única referencia genérica a la conveniencia de adoptar en los centros sanitarios formas de gestión más eficientes está contenida en una declaración propuesta a la aprobación del Pleno por su Presidente, el Ministro de Sanidad, que en aquel momento lo era José Antonio Griñán. El documento llevaba por título “*Medidas para la racionalización y mejora del Sistema Nacional de Salud*”. En él, tras incluir entre las causas del crecimiento del gasto sanitario público, cuya ausencia de control era el objeto central del mismo, “*el déficit de instrumentos de gestión adecuados*”, refería éstos a tres ámbitos muy concretos: la coordinación de las políticas de recursos humanos, las políticas de compras de bienes y servicios y el intercambio de información sobre las medidas de mejora en la gestión.

Por su parte, el comunicado aprobado por el Pleno para poner de manifiesto su apoyo al documento, comunicado que constituye el acuerdo nº 190 del CISNS, adoptado el 22 de Junio de 1992, señalaba que entre las medidas a adoptar para conseguir la estabilidad financiera, la corrección de las desigualdades en el acceso, la mejora de la calidad y el aumento de la eficiencia de los servicios sanitarios en el marco del Programa de Convergencia, debían incluirse “*medidas de gestión encaminadas a una gestión de los servicios sanitarios de forma más descentralizada, y con delegación de responsabilidades en los servicios asistenciales*”.

Respecto a las dos primeras propuestas del documento relativas a la gestión del Sistema, resulta de interés destacar que, como he comentado en el apartado anterior, en el contrato-programa desarrollado en el ámbito del INSALUD se obvió precisamente la relación del diseño del contrato con el desarrollo de políticas dirigidas a la gestión del

personal y las compras, dos de los aspectos que se destacaban como ámbitos prioritarios de reforma de la gestión en el documento general. Esta discordancia de enfoques parece confirmar el carácter sesgado desde el ámbito de una determinada Dirección General con el que se diseñó y puso en práctica el contrato-programa, sin que éste constituyera en todo caso una prioridad política establecida desde el nivel más alto de la responsabilidad del Ministerio y del Sistema.

En cuanto al intercambio de información sobre las actuaciones para la mejora de la gestión llevadas a cabo por cada una de las CCAA o por el propio Ministerio en el ámbito del INSALUD no transferido, que constituía la tercera de las propuestas del documento, la actuación del Consejo Interterritorial puede considerarse también como nula. Si se analizan las actas del Pleno de éste, las medidas de reforma de la gestión que se fueron adoptando por cada una de las CCAA y por el propio INSALUD no fueron objeto de presentación específica en ninguna de las reuniones del Pleno. Por su parte, aunque, con arreglo a las mismas actas, en algunas de esas reuniones se realizó la presentación formal de las leyes por las que se fueron constituyendo los Servicios de salud de diferentes CCAA, en las que se contenían previsiones de reformas de la gestión en la línea de lo indicado más arriba, ninguna de las normas presentadas fue objeto de observaciones ni mucho menos de debate por parte de los representantes de cualquier Administración diferente a la que realizaba la presentación, siguiendo una pauta que se constituyó en el funcionamiento ordinario del CISNS (Rey del Castillo, 1998 g, p. 45).

Esa ausencia de debate, y siquiera de comentario, acerca de cómo llevar a cabo la mejora de la gestión del sistema sanitario y sus centros de manera concreta, no impidió, antes al contrario, como puede comprobarse en las actas del Consejo, el apoyo genérico realizado por muchos de los miembros del Consejo, sin distinción partidaria, en multitud de ocasiones a la necesidad en general de “mejorar la eficiencia del sistema a través de medidas de gestión”, sin precisar ni el contenido ni el límite de las mismas.

e.6) Una perspectiva general de la reforma de la gestión durante este período.

Obtener un denominador común a lo descrito en los apartados anteriores respecto a las medidas de “reforma de la gestión” del sistema y los centros sanitarios sugeridas durante este período en diferentes ámbitos (desde otras áreas de las administraciones públicas, a lo observado en otros países, lo indicado por comisiones asesoras como la presidida por el Sr. Abril, las medidas adoptadas por diferentes CCAA, o las posiciones del Consejo Interterritorial) no parece difícil: en todos esos casos las actuaciones desarrolladas y las propuestas sugeridas reunían de manera

complementaria un alto grado de acuerdo en la necesidad de superar las limitaciones derivadas de la constitución pública y vinculada a la aplicación del derecho administrativo propio de este sector en la gestión de los servicios sanitarios como forma de mejorar su eficiencia, con un igualmente elevado grado de concreción de las medidas precisas a adoptar.

Esa situación constituyó el caldo de cultivo ideológico y político (Rey del Castillo, 1996), sin soporte experimental valorable, para, de una parte, facilitar la proliferación de iniciativas propias por parte de cada una de las administraciones que tenían a su cargo en mayor o menor grado la gestión de una parte de los servicios sanitarios. De otra, la ausencia de unas líneas comunes siquiera orientativas de cómo llevar a cabo las reformas permitió, si no fue un incentivo específico para ello, su diversificación. Con la consecuencia añadida, puesta de relieve por algunos observadores (Martín, 2003 y 2007), de dificultar a partir de esa diversificación el funcionamiento coordinado del sistema sanitario en su conjunto.

Tal situación, que era la vigente al finalizar el largo período de los gobiernos socialistas que terminó en 1996, era, por su parte, el resultado lógico de otra característica general de la forma en la que se abordaron las reformas de la gestión durante este período: en ningún momento se abordaron como la reforma de la gestión del Sistema en su conjunto, lo que con el diseño que se le dio al contrato-programa no era posible siquiera con el desarrollo de éste. Las reformas se plantearon mayoritariamente como reformas de la gestión de centros concretos, centrando la atención en los de nueva creación, y dejando en la práctica al margen a los centros vinculados con las fórmulas tradicionales de gestión.

Que fuera ésa la orientación puede resultar razonable en el caso de las CCAA, cuyas responsabilidades se ceñían al ámbito territorial propio, a las que asistía además la facultad de autoorganización en las materias propias de las competencias que acaban de asumir o que iban asumiendo paulatinamente. No lo es, por el contrario, en el caso de los órganos encargados del mantenimiento de la coordinación y la cohesión del Sistema, por mucho que se descentralizase su gestión, so pena de que el propio Sistema dejase de funcionar y existir como tal.

Esta posición traduce probablemente, por el contrario, la escasa penetración, incluso en el ámbito del Partido Socialista, de los conceptos constitutivos del Sistema Nacional de Salud en la Ley General de Sanidad con los principios propios de un Servicio Nacional de Salud. De ellos formaba parte, como se deriva de la comparación

con otros servicios de la misma constitución, la provisión con medios públicos propios integrados funcionalmente y por niveles en una estructura organizativa común. En un momento en el que los sistemas más desintegrados, como el norteamericano, buscaban las formas en que hacer efectivas formas de integración funcional y clínica para mejorar su eficiencia²⁰⁴, el sistema sanitario español, como ocurría en menor medida con el inglés, con la renuncia más tácita que expresa a plantear unas reglas generales y comunes a las reformas que se debieran introducir en su gestión para mejorar su eficiencia, renunciaba de hecho a las ventajas competitivas que se derivaban de su propia estructura integrada.

Siendo ésa la situación al final del período, no resulta extraño por eso que cuando durante el siguiente mandato del Partido Popular se establecieron esas reglas comunes, lo que ocurrió con la Ley 15/1997, a la que se alude más adelante, la regulación, con el apoyo del Partido Socialista que había propiciado la situación previa, ampliase las posibilidades de establecer diferentes formas de gestión de los centros en el SNS *“directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en derecho”*. Y a que cuando de manera casi inmediata se superaron esos límites, lo que ocurrió en primer lugar con el Hospital de Alzira, no hubiera nadie que formalmente, a nivel administrativo o político, llamara la atención sobre la transgresión de los límites legalmente impuestos, que adquirieron así carta de legitimidad si no de legalidad.

f) Las políticas de personal entre 1986 y 1996.

f.1) La salida al conflicto de 1987 y las políticas de incentivos en el Sistema Nacional de Salud.

Como he señalado al principio de este capítulo, poco después de la aprobación de la LGS, y tras unas nuevas elecciones ganadas otra vez, aunque con menor mayoría absoluta, por el partido Socialista, a finales de 1986 tuvo lugar un nuevo cambio de gobierno.

Por lo que se refiere a la sanidad, el comienzo de la actividad de ese nuevo Gobierno, a cuyas características en este campo he hecho también referencia en el

²⁰⁴ Pueden verse a este respecto Shortell (1993), Gillies (1993) y Conrad (1993). Es curioso constatar que, como se ha reflejado ya en las notas 120 y 187, la desintegración de los sistemas públicos que tenido lugar en otros sistemas como el inglés, lleve a que éstos busquen ahora modelos de integración en sistemas como el norteamericano, que constituían el paradigma de la desintegración. Puede verse a este respecto Gleave (2009).

mismo lugar, se vio pronto marcado por algunas circunstancias determinantes de su orientación, en especial en el campo del ejercicio de las profesiones sanitarias, y de entre ellas particularmente en el de los médicos.

La primera de esas circunstancias era la ausencia de expectativas inmediatas de mejora de la situación laboral y retributiva de estos profesionales como consecuencia de la aplicación de la recién aprobada LGS. Lo que la Ley contemplaba a este respecto en el apartado 1 de su artículo 84 era que esas cuestiones, junto con las correspondientes a las de otras profesiones sanitarias, se regularían en un Estatuto-Marco, para cuyo desarrollo, a diferencia de otras cuestiones ya comentadas, no se establecía un plazo determinado.

Esa falta de expectativas precisas se vino a sumar a un deterioro proporcional manifiesto de la capacidad adquisitiva de los profesionales médicos, relacionado, además de con las restricciones presupuestarias generales a las que ya se ha hecho alusión, con el escaso desarrollo e implantación de los sistemas retributivos complementarios vinculados a la ampliación de la jornada que se habían previsto en febrero de 1985. En la norma, la orden ministerial de 4 de febrero de ese año citada anteriormente, se preveía la posibilidad de añadir al complemento establecido por la prolongación de jornada, de cuantía limitada, un complemento de “especial dedicación”, que conforme a lo dispuesto en la norma, conllevaría la incompatibilidad con el desempeño de cualquier otra actividad pública o privada, salvo las docentes y de investigación previstas en la Ley 53/84, sobre incompatibilidades del personal al servicio de las administraciones públicas. Ese complemento “complementario” no llegó nunca a desarrollarse, con lo que las expectativas de quienes pudiesen considerar como su ámbito natural de desarrollo la dedicación exclusiva y completa al sistema público sufrieron una nueva frustración.

En ese ambiente de deterioro general de la relación de los médicos con el sistema sanitario, los responsables de los Recursos Humanos en el nuevo equipo ministerial, todos ellos procedentes del cuerpo de Administradores Civiles del Estado, se apresuraron a elaborar un proyecto de Estatuto marco, cuya primera versión se difundió en los primeros meses de 1987.

En el dilema de definir las condiciones del personal perteneciente a los distintos estatutos de la Seguridad Social, el mayoritario en el conjunto de las instituciones sanitarias de carácter asistencial, al que se refería el proyecto, personal que disponía en esos estatutos de una situación intermedia entre un régimen laboral o el propio de los

funcionarios públicos, el proyecto se inclinaba de manera decidida por la segunda de esas opciones. De esa opción general se derivaban a su vez las restantes. Lo que en la previsión del sistema retributivo que resultaría de aplicación al personal sanitario citado se traducía en una propuesta de sistema retributivo homologable en cuanto a los conceptos e incluso la cuantía de los básicos (sueldo base y trienios) a los establecidos en las leyes previas de reforma de la función pública para el personal funcionario.

Tal homologación suponía también introducir un complemento denominado “específico”, destinado, de manera similar a lo establecido para el personal funcionario de las administraciones públicas, *“a retribuir las condiciones particulares de algunos puestos de trabajo en atención a su especial dificultad técnica, dedicación, responsabilidad, incompatibilidad, peligrosidad o penosidad”*, especificándose a la vez que *“en ningún caso podrá asignarse más de un complemento específico a cada puesto de trabajo”*. Tales términos recogían de manera literal los del apartado 3.b) del artículo 23 de la Ley 30/1984, de medidas para la reforma de la función pública.

Lo que el proyecto no recogía de manera adecuada, como tampoco lo hacía la ley anterior, es que, siendo diferentes las condiciones particulares que podían justificar la adscripción de un complemento específico a un puesto de trabajo, y siendo éste único en todo caso para cada uno de ellos, la percepción de ese complemento, conforme a lo establecido de manera muy expresa en el artículo 16 de la Ley 53/84, antes citada, suponía en cualquier caso la incompatibilidad para el desempeño de cualquier otro puesto público o privado, con las excepciones en los campos de la docencia y la investigación ya mencionadas. De la combinación de esas citas y omisiones relativas a la incompatibilidad, no como una “condición particular” que podía determinar la adscripción de complemento específico a un puesto de trabajo, sino como una consecuencia insoslayable de tal adscripción, y de la aplicación (no) llevada a cabo de ese criterio, que se convirtió en el centro de las reivindicaciones y protestas de diferentes grupos de médicos, se derivaron, como se indica a continuación, consecuencias muy importantes y de sentido negativo para el ejercicio de la actividad pública sanitaria en condiciones de plena dedicación.

El hecho más determinante de esos efectos fue la convocatoria y el desarrollo de una huelga por los médicos de hospitales en mayo de 1987. A su vez, el detonante más inmediato de esa huelga, que se vino a sumar a la situación de deterioro económico ya descrita, fue el conocimiento del borrador del Estatuto marco citado, y sobre todo la ausencia en el mismo de disposiciones que permitieran prever una mejora de esa

situación. En la reivindicación planteada se entremezclaban los intereses y posiciones de quienes, careciendo de actividad privada, cifraban sus perspectivas de mejora laboral y retributiva en su dedicación al sistema público, con los de otros grupos que, manteniendo el doble ejercicio en el campo público y el privado, sólo pretendían obtener mejoras retributivas sin cambiar su dedicación.

A grandes rasgos, la primera de las posiciones citadas estaba representada mayoritariamente en la convocatoria y en el mantenimiento de la huelga por una “Coordinadora” nacida de movimientos asamblearios en los centros, que en aquel momento adquirió un auge importante, que se unió en la convocatoria a la Federación de Sindicatos Médicos (Fesime), vinculada a la Confederación Sindical Independiente de Funcionarios (CSIF), que ostentaba una escasa representación de nivel estatal en los centros y carecía por ello de capacidad de negociación. La segunda, por la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM), cuya limitada implantación en la actividad reivindicativa real en los centros se compensaba con la representación formal obtenida y con ello con su capacidad legal de negociación, que ya había hecho valer en la aplicación de la ley de incompatibilidades.

La confusión generada en torno a la consideración de la dedicación exclusiva como una de las condiciones que podían justificar la adscripción del complemento específico o como consecuencia necesariamente derivada de su percepción²⁰⁵ dió pie a que, como forma de aglutinar los intereses de los dos grupos citados, la reivindicación común se centrase no en el cambio de las condiciones de trabajo que justificasen el incremento retributivo que suponía el complemento citado, el concepto que suponía introducir una mejora económica más importante en las retribuciones de los médicos de hospitales, sino ante todo en la cuantía del mismo. Por otra parte, desde un punto de vista formal la Coordinadora, como he indicado, carecía de la capacidad de firmar acuerdos sobre temas retributivos, que asistía, por el contrario, a los sindicatos organizados. Por otra parte, sus planteamientos, en especial los vehiculados por su portavoces más autorizados, se fueron haciendo cada vez más maximalistas y alejados de la posibilidad de negociación.

En la situación descrita la prolongación del conflicto se convirtió en un serio problema de imagen para el Gobierno de un Partido que escasamente un año antes había

²⁰⁵ Como ejemplo de la confusión que se produjo con la introducción de este concepto, su aplicación, y su vinculación o no al régimen de dedicación exclusiva o a otras condiciones de los puestos de trabajo se puede ver Díez Murciano (1996).

aprobado un texto legal que se suponía representaba una reforma en profundidad del sistema sanitario español. Reforma que, con el mantenimiento de la huelga, aparentaba ser rechazada por la mayoría más prestigiosa de los profesionales del sector. La finalización del conflicto se convirtió así en una prioridad política del Partido y de su Gobierno. Su solución se encargó a quienes, por las razones que se han indicado al principio del capítulo, unían en aquel momento en los segundos niveles del Ministerio, en especial desde la Subsecretaría del Departamento y la Dirección General del Insalud, la doble responsabilidad política y administrativa en el sector. Cabe decir que en esa situación de doble responsabilidad a la hora de resolver el conflicto primaron los criterios de buscar la solución política más inmediata, y evitar con ello el deterioro de la imagen del Gobierno, sobre los “administrativos” de organizar la actividad profesional de forma coherente con el mejor funcionamiento del servicio sanitario supuestamente universalizado poco tiempo antes.

Esa solución pasó en primer lugar por la firma en Marzo y Abril de unos acuerdos previos con una parte de los sindicatos del sector (CESM, UGT y ELA-STV) en los que por parte del INSALUD se manifestaba considerar el complemento específico como una oferta generalizada compatible con el resto de los conceptos retributivos, de aceptación voluntaria por parte de los facultativos, y cuya percepción supondría la dedicación exclusiva al sistema sanitario público.

Un Acuerdo de Consejo de Ministros de 15 de Mayo de 1987 tradujo los términos del acuerdo sindical previo al ámbito del Gobierno, autorizando mediante el mismo al Mº de Sanidad a efectuar los trámites precisos para organizar desde 1 de Julio de ese mismo año la prestación de servicios por parte de los facultativos hospitalarios jerarquizados bajo la modalidad de dedicación exclusiva al servicio público derivada de la percepción del complemento específico. Tal Acuerdo supuso la pérdida de fuerza progresiva de la huelga que la Coordinadora y Fesime pretendieron mantener y que finalmente se abandonó.

La aplicación del sistema retributivo que incluía ese complemento se reguló mediante el Real Decreto-Ley 3/1987, posteriormente convalidado por el Congreso el 24 de Septiembre de ese año, ratificación que fue hecha pública en el Boletín Oficial del Estado de 2 de diciembre. La efectividad del sistema retributivo fue, sin embargo, inmediata y anterior a cualquier ratificación: un nuevo acuerdo de Consejo de Ministros de 18 de septiembre estableció la forma de aplicación del nuevo sistema retributivo, aplicable con efecto retroactivo desde 1 de Junio, concediendo la adscripción voluntaria

al régimen de percepción del complemento específico a cuantos facultativos hospitalarios así lo solicitaran, y haciéndola obligatoria para los que obtuvieran una nueva plaza en la parte del Sistema aún gestionada por el INSALUD²⁰⁶.

La adscripción “voluntaria” así planteada suponía de entrada modificar el sentido del complemento citado, supuestamente vinculada a las características del puesto desempeñado, y no a la de la persona que lo ocupara. El carácter voluntario de su adscripción ponía a su vez de manifiesto el deseo de acallar de la manera más amplia posible las demandas comunes de un aumento retributivo, que una parte significativa de los facultativos, probablemente ante todo quienes ocupaban las posiciones de poder en la organización pública y a la vez controlaban el ejercicio en el ámbito privado, no quería ver vinculado a cambios en su régimen de dedicación.

En dicho acuerdo se fijaba también la cuantía del citado complemento para cada una de las categorías profesionales, cifrado en 900.000 pts/año para los Médicos Adjuntos, 1.000.000 para los jefes de Sección y 1.100.000 para los Jefes de Servicio.

La valoración de esa cuantía hay que hacerla en todo caso teniendo en cuenta que, como consecuencia de la aplicación al personal sanitario en el mismo borrador de Estatuto del sistema retributivo propio de los funcionarios y la adjudicación de categorías profesionales a los sanitarios también equivalentes a las de los funcionarios²⁰⁷, otros conceptos retributivos, como el llamado “complemento de destino”, sufrían una merma notable sobre la cuantía que hasta entonces venían percibiendo los primeros por el mismo concepto. A lo que habría que añadir que un mes después del primero de esos Acuerdos de Consejo de Ministros una sentencia del Tribunal Supremo en un recurso planteado por el Consejo General de Colegios de Médicos anuló la Orden ministerial sobre jornada de mañana y tarde de febrero de 1985, lo que suponía también la restricción retributiva de lo que una parte de los médicos

²⁰⁶ Los dos acuerdos del Consejo de Ministros a los que se ha hecho mención se publicaron de forma conjunta mediante Resolución de 25 de Abril de 1986 de la Secretaría General de Asistencia Sanitaria en el Boletín Oficial del Estado de 29 de Abril del mismo año.

²⁰⁷ A los Jefes de Servicio clínicos se les adjudicaba el nivel 26, idéntico al de los funcionarios de la misma denominación. Por su parte, a los Jefes de Sección, por iguales razones, se les adjudicaba el nivel 24, y a los Médicos Adjuntos el 22. Tal equiparación era puramente mecánica, y no tenía nada que ver con la realidad de la situación real de los médicos en el sistema sanitario: en éste, la Jefatura de Servicio supone el culmen de la carrera profesional si ésta se establece sólo en términos jerárquicos, y la Jefatura de Sección, si se aplica el mismo criterio jerárquico, supone el segundo nivel del escalafón, de acceso restringido. En el ámbito administrativo, una jefatura de servicio, sólo accesible mediante concurso entre funcionarios, tiene por encima hasta cuatro niveles para llegar al máximo nivel administrativo, que es el 30, sólo accesible mediante libre designación, que supone igualmente en términos generales la libertad de cese de quien la desempeña. El nivel 22 atribuido a los Médicos Adjuntos era de manera estable, y lo sigue siendo, inferior al nivel más alto al que se podía acceder con un nivel de titulación “inferior” (lo que ocurría antes del “proceso de Bolonia” con las diplomaturas, como la de enfermería).

venía percibiendo desde entonces. En la práctica, la suma de los conceptos fijados en el proyecto de estatuto y la cuantía dada a los mismos no suponía una mejora importante del nivel retributivo de quienes dedicaban su actividad a tiempo completo al sistema público, y la posibilidad de mejora de quienes no trabajaban en esas condiciones se cifraba ante todo en el grado de ausencia de control que se ejerciera del cumplimiento de la condición de exclusividad aparentemente aceptado.

Hubo en todo caso una amplia petición de adscripción al régimen de percepción del complemento específico citado, que según algunas valoraciones realizadas un tiempo después por la Coordinadora superó en casi el 25% las expectativas del propio INSALUD (Guía Sanitaria, nº 266, de 13 de Abril de 1993). Esta amplia aceptación de la petición parecía traducir en primer lugar el interés común por percibir el incremento retributivo sin dilación.

Por parte de quienes estaban interesados en mantener su actividad privada probablemente significaba también la apuesta, ya hecha en el caso de la Ley de incompatibilidades, de que la difusión de la percepción dificultase el control de la exclusividad de la dedicación. Apuesta que, por otra parte, contó con el apoyo pasivo de la administración sanitaria, que demandó del Ministerio de Administraciones Públicas, encargado por la Ley 53/84 de incompatibilidades de la aplicación de esa Ley, que continuase priorizando la resolución de los expedientes de incompatibilidad por desempeño de más de un puesto público, y no puso en marcha ningún instrumento propio para efectuar el control de la actividad privada que se pudiera seguir desarrollando por otros grupos de médicos. Actividad que, por otra parte, se podía fácilmente caracterizar por cualquier gestor público con un mínimo conocimiento del “mercado” local de cada especialidad. La situación llegó al punto de que por algunos gestores públicos cercanos a los círculos de poder en el Partido Socialista se incentivó públicamente ante los médicos de su centro la solicitud de percepción del complemento citado manteniendo la actividad privada, argumentando que tal situación no sería sometida a ningún control²⁰⁸. Estas situaciones, por otra parte fáciles de reconocer por los propios médicos que careciendo de actividad privada trabajasen en los mismos servicios que quienes sí la mantenían, dieron lugar también a diferentes denuncias ante el INSALUD, a las que, sin embargo, no se dio solución.

²⁰⁸ Como ejemplo se puede citar que en aquel momento fueron públicas y motivo de algunos conflictos las inducciones a la solicitud en las condiciones citadas formuladas por sus gerentes en los Hospitales Clínico de Madrid y Ramón y Cajal, de donde partieron luego algunas de las denuncias efectuadas por facultativos que se habían acogido y cumplían el compromiso de exclusiva dedicación.

De esa manera se hicieron pronto evidentes para la mayoría de los médicos que aspiraban a verse promocionados en los servicios públicos por su dedicación exclusiva a los mismos dos resultados incontestables: el primero, que la dedicación exclusiva al servicio público no les permitiría obtener unos niveles retributivos superiores ni unas perspectivas de desarrollo profesional diferentes a los de quienes no se acogían a esa forma de dedicación. En segundo lugar, que siendo la dedicación a la actividad privada la única que permitiría en el futuro obtener de manera significativa mayores ingresos, quienes no la venían desarrollando hasta entonces se encontraban en situación de desventaja para obtener una posición preferente en el ejercicio en ese sector.

De esto último se derivaba el incentivo para comenzar cuanto antes la actividad en ese ámbito, que, aunque poco desarrollado hasta entonces, vio sentadas así las bases personales para extender su campo de acción y, en unas condiciones de existencia de una amplia oferta de aspirantes a desempeñar las áreas de trabajo que se fueran abriendo, facilitada la imposición de unas condiciones retributivas favorables al desarrollo de las empresas del sector. Situación que, a su vez, favoreció el desarrollo progresivo de los conciertos de dichas empresas con el INSALUD, en cuyo desarrollo se fueron vulnerando progresivamente de manera mas subrepticia que expresa las normas sobre incompatibilidades establecidas al efecto; un desarrollo en el que regímenes de contratación ajenos al régimen laboral por parte de las empresas facilitó la labor²⁰⁹.

El resultado de la facilitación de la actividad de las empresas privadas (hospitales; compañías de seguros médicos propietarias de centros, e incluso laboratorios o centros de diagnóstico privados) a expensas del trabajo de los mismos médicos que trabajaban en el sistema público resulta a todas luces paradójico para una Administración cuya responsabilidad principal en aquel momento era la de desarrollar y mejorar la eficiencia del sistema público, que debía facilitar con ello la universalización de la atención.

²⁰⁹ Hoy en día se están produciendo numerosas sentencias en recursos formulados por diferentes grupos de médicos que reclaman el reconocimiento de su vinculación laboral con los centros, ante la situación que se sigue manteniendo de formas de relación en concepto de contrato de servicios sometido al régimen de trabajadores autónomos. En las sentencias dictadas hasta la fecha (pueden verse a este respecto la senetencia 160/08 de treinta de abril de 2008 del Juzgado de los Social nº 6 de Valencia, la 343/08, de 9 de julio, del Juzgado de lo Social nº 5 de Málaga, ó la 475/08 del Juzgado nº 6 , de quince de septiembre, de la misma jurisdicción y localidad, todas ellas dictadas ante denuncias presentadas por la Inspección de Trabajo) se puede observar una tendencia por parte de los Tribunales a reconocer esa forma de vinculación, que comenzó a extenderse en aquella época, según especialidades que precisan de una presencia física permanente en su jornada y la duración de ésta dentro del cómputo general de cada uno.

Esa situación de tolerancia e incluso estímulo, al menos pasivo, a complementar la retribución recibida en lo público con el desarrollo de algún trabajo privado con mayor o menor amplitud se mantuvo hasta el final del período sin que, aunque en ciertos casos se abrieron expedientes disciplinarios, en otro número significativo de ellos algunas autoridades sanitarias públicas quisieran darse por enteradas de la situación, pese a ser de dominio público. Las variaciones tuvieron mucho que ver con diferencias en los criterios de aplicación en territorios (provincias) distintos, lo que pone en todo caso de relieve la inexistencia de una política general decidida y clara para la aplicación de un criterio semejante siquiera en todo el territorio aún gestionado por el INSALUD. Por su parte, Cataluña y Andalucía, las primeras CCAA en recibir el traspaso de la responsabilidad de la gestión de éste, desvincularon la percepción del complemento del régimen de dedicación.

El propio Gobierno socialista realizó un intento de modificación de la regulación del complemento específico en 1992. El 22 de febrero de ese año se suscribió un acuerdo entre la Administración sanitaria del Estado y las centrales sindicales presentes en la Mesa Sectorial de Sanidad sobre distintos aspectos económicos y organizativos de los servicios públicos sanitarios, cuyos términos fueron aprobados por Acuerdo de Consejo de Ministros de 14 de mayo de 1992. En éste se contemplaba la posibilidad de que los facultativos pudieran percibir otro complemento específico que no conllevara la incompatibilidad a cambio de modificar voluntariamente las condiciones laborales individuales, de manera que pasasen a prestar sus servicios en jornada de mañana y tarde, iniciativa que no llegó a aplicarse.

Por parte de quienes en el territorio del INSALUD hacían la “vista gorda” ante situaciones como las descritas, tal actitud se justificaba en ocasiones por la imposibilidad de obtener pruebas objetivas que demostrasen el mantenimiento de la actividad privada sin disponer de datos de otros ámbitos de la propia Administración, los cuales denegaban el acceso al uso de otros archivos constituidos para fines distintos, como los relacionados con la tributación aplicada al desarrollo de la actividad privada.

La situación real no cambió de manera significativa cuando al finalizar el período, y tras el acceso al Gobierno del Partido Popular en 1996, mediante el artículo 53 de la ley 66/1997, de medidas fiscales, administrativas y de orden social para 1998, y con la oposición del Partido Socialista y de Izquierda Unida, se retiró la obligatoriedad de la dedicación exclusiva al personal que accediera a nuevas plazas, lo que se aplicó con carácter retroactivo a quienes habían accedido a ellas desde 1987.

Algunas denuncias previas a esta disposición efectuadas en 1997 por grupos de médicos que mantenían la dedicación exclusiva contra otros que incumplían la misma también bajo el nuevo Gobierno dieron lugar a la incoación de algunos expedientes disciplinarios²¹⁰, cuyos efectos se pospusieron a la unificación de doctrina por parte del Tribunal Supremo ante la existencia de criterios contradictorios previos por parte de diferentes tribunales respecto a la tipificación de la conducta de incumplimiento de las reglas de dedicación imputada. La anulación posterior de la obligatoriedad de la dedicación exclusiva a quienes accedían a plazas nuevas, y la decisión de aplicarla con efecto retroactivo a quienes habían accedido a ellas a partir de 1987 facilitó la solución de buena parte de los casos denunciados. Se frustraron así una vez más las expectativas, y quizás es el momento en el que lo hicieron de manera definitiva, de que quienes dedicaran su actividad profesional por completo al sistema público pudieran recibir de éste una consideración diferente a la de quienes simultaneaban, con la posibilidad de utilización de lo público en función de sus intereses privados, la actividad en uno y otro sector.

Algunas interpelaciones y preguntas parlamentarias realizadas desde el Partido Socialista en aquel primer período de gobierno del Partido Popular por estos últimos casos dieron lugar a una dura y documentada contestación por parte de éste, en la que se aludía a la tolerancia señalada sobre esta cuestión durante el período de gobierno del Partido Socialista²¹¹. En todo caso la aplicación de las políticas en esa materia llevadas a cabo por el propio Partido Socialista desde 1987 dio como resultado final la facilitación de la aplicación de los criterios sobre dedicación exclusiva al sistema público, supuestamente contrarios desde el punto de vista teórico a los del Partido Socialista,

²¹⁰ Las cifras de alguna denuncia pueden dar una idea de la extensión de la situación de tolerancia citada: en el caso de la presentada en Julio de 1997 por médicos del Hospital Miguel Servet, de Zaragoza, contra otros facultativos del mismo hospital por las razones indicadas, denuncia a la que se refiere la comparecencia a la que se alude en la nota siguiente, el número de denunciante era de 26, y el de denunciados de 71. Un solo facultativo denunció posteriormente en el mismo sentido a otros cinco. La proporción inversa de denunciante y denunciados sería sugestiva de que el número de incumplidores sería superior al de quienes cumplían la Ley, sin que parezca razonable pensar que esta situación se hubiese generado tan sólo en un año tras la sustitución del Partido Socialista por el Partido Popular en el Gobierno.

²¹¹ Puede verse a este respecto, por ejemplo, la comparecencia en la Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso del Ministro del ramo del primer gobierno del PP, el Sr. Romay Beccaría, el 4 de noviembre de 1998, para dar cuenta de las *“razones por las que el Instituto Nacional de la Salud ha venido incumpliendo la legislación al permitir la percepción del plus de exclusividad a médicos que compatibilizan la actividad privada con la pública cuando habían sido denunciados en julio de 1997 ante dicho organismo”*, a solicitud del Grupo Socialista del Congreso (Diario de Sesiones del Congreso de los Diputados de la fecha citada)

desarrollados y trasladados a las normas por el Partido Popular al acceder al Gobierno en 1996.

f.2) El cambio de situación del personal clínico incorporado a la gestión.

En el apartado II.4.d) anterior se ha hecho una descripción de las situaciones que dieron lugar a la incorporación a las tareas de administración y gestión de los servicios sanitarios, en especial en la gestión de los centros hospitalarios, por parte de grupos de personal procedente del ámbito clínico de ideología afín a la del Partido Socialista que acababa de acceder al Gobierno en 1992. En aquel apartado se han descrito también las razones que dieron lugar a ese proceso, que llevó en la práctica a la sustitución de los funcionarios que habían desempeñado esas funciones hasta entonces por ese nuevo personal. Se han comentado allí también los efectos vinculados de una u otra manera a esa incorporación, tanto en términos de pérdida de fuerza “reformista” por parte de los colectivos a los que pertenecían, como de ausencia de cualificación específica para el desempeño de las funciones que pasaban a desempeñar²¹², para el cual se buscó en todo caso el sustrato normativo que suponía la previsión de una situación de “excedencia especial” en el Estatuto Jurídico del personal (asistencial) de la Seguridad Social correspondiente.

Esa situación era la que estaba presente cuando en los primeros meses del año 1987 se elaboró el Estatuto marco del personal sanitario previsto en la Ley General de Sanidad al que se ha hecho alusión en el apartado inmediatamente anterior. En éste, como ya he dicho, por parte de quienes lo elaboraron, todos ellos pertenecientes a otros cuerpos de la Administración, más en concreto al de Administradores Civiles del Estado (los TAC), se formuló una opción manifiesta por la homologación del personal

²¹² En otro artículo reciente (Rey del Castillo, 2009 a) he descrito esos efectos en términos de sustitución de la “tecnestructura” (según la terminología de Mintzberg) de la organización sanitaria por los componentes de otras partes de la organización, en concreto la “base operativa” y el “staff” de la organización, con los efectos perjudiciales consiguientes a una constitución anómala de la organización y las carencias derivadas de la falta de adecuación de quienes desempeñan las funciones de la “tecnestructura” a esas funciones, que constituyen una base esencial de cualquier organización: no en vano entre esas funciones propias de la “tecnestructura” se encuentra el desarrollo de la regulación de la propia organización, así como el análisis y la propuesta de estandarización de los procesos de trabajo, de las habilidades y capacidades técnicas a desarrollar, así como de los productos de cada organización (cita dos libros de Mintzberg). El desarrollo de esas funciones requiere una adaptación y preparación específica para llevarlo a cabo, y los defectos en la regulación y el desarrollo de las restantes funciones indicadas que se pueden observar en el sistema sanitario español se atribuyen en ese artículo en buena parte a las carencias por parte del personal de procedencia asistencial de la preparación y adaptación necesarias para su desarrollo. Ese proceso de sustitución de la “tecnestructura” por los componentes de otras partes de la organización se representa de manera gráfica en la figura 3.

“estatutario” con el funcionario. Opción que se extendió de manera coherente a todos los aspectos derivados de la misma.

De entre esos aspectos, en el apartado anterior he hecho referencia a los relacionados con la aplicación de un nuevo sistema retributivo, incluido el establecimiento de diferentes complementos previstos para el personal funcionario. A su vez, en este apartado se hace alusión a los relacionados con la posibilidad de tener acceso a cuantos puestos de trabajo estuvieran inicialmente previstos para los funcionarios sanitarios pertenecientes a los diferentes cuerpos de funcionarios existentes, y a las limitaciones establecidas de manera homogénea para los funcionarios sanitarios y el personal estatutario para acceder a cualquier puesto administrativo en el seno de las Administraciones Públicas, singularmente, y de manera original, a los de la Administración General del Estado (AGE), que en aquel momento incluía también los puestos de la organización central del INSALUD.

La razón para la homologación en ese otro ámbito, cuyos términos se pormenorizan a continuación, era coherente con la opción general de homologación del personal estatutario con el funcionario prevista en el proyecto de Estatuto marco citado. Pero, igual que ocurrió con el sistema retributivo, rechazada la tramitación del Estatuto marco como proyecto global, estos aspectos relacionados con el acceso a puestos administrativos de naturaleza diferente a la clínica subsistieron de manera independiente, por aplicación del criterio de homologación a las convocatorias de plazas administrativas, sin necesidad de ninguna norma que lo estableciera de manera expresa. Y lo mismo ocurrió cuando, como se indica a continuación, desde el ámbito administrativo, y en desarrollo de determinadas previsiones del Ley 30/84, de medidas para la reforma de la función pública, se establecieron restricciones para que el personal funcionario de determinadas áreas de actuación pública, una de ellas la sanitaria, pudieran acceder a puestos de otras áreas de la Administración, como con carácter general estaba previsto en la Ley citada.

La consecuencia de la primera de esas actuaciones fue la apertura de hecho de los puestos de carácter administrativo desempeñados por personal funcionario al personal estatutario (y no a la inversa), manteniendo en sus puestos clínicos una reserva de plaza (a modo de “excedencia especial”, prevista entonces sólo para los puestos de instituciones sanitarias antes citados) que les permite volver a esos puestos (conservando los derechos retributivos adquiridos por el desempeño de puestos que son de nivel administrativo más alto que los del ámbito clínico) cuando, habitualmente por

decisión libre de una autoridad sanitaria distinta a la que libremente los designó, cesan en su actividad administrativa. Una situación que resulta ventajosa respecto a la de cualquier otro profesional de la administración, que cuando cesa en un puesto debe buscar, sin reserva de plaza ni garantía de puesto alguna, otro puesto de trabajo, que en general resulta de categoría inferior a la del puesto en el que cesó.

Se trata de una situación, que se ha multiplicado desde finales de los años 80, con numerosas consecuencias, tanto para quienes participan en ella como para la consideración general de la profesionalización en la administración o la gestión de los servicios sanitarios.

En cuanto a los primeros, se han citado ya algunos de los efectos económicos que puede producir el paso por el ámbito administrativo en puestos de nivel administrativo superior a aquél del que están dotados los puestos clínicos (como se ha indicado en el apartado anterior, la Jefatura de Servicio, de la misma denominación que las que existen en el ámbito de las administraciones, es de nivel 26, y la de Sección, de nivel 24. Sin embargo, en el ámbito administrativo existen hasta cuatro niveles superiores, lo que no ocurre en el clínico).

Pero las consecuencias para los clínicos no son sólo positivas: la vuelta al ejercicio clínico, a veces muchos años después de haberse integrado en tareas de otro carácter, no es sencilla, requiere en ocasiones períodos prologados de adaptación, o incluso en algunos casos no llega nunca a producirse por completo, relegando al personal correspondiente al desempeño de tareas semi-burocráticas, que frustran la perspectiva de progreso o carrera profesional de quienes se ven sometidos a esa situación.

Por su parte, para el propio Sistema sanitario la perpetuación y generalización de los mecanismos (y los hábitos, hechos regla general) por los que el personal asistencial puede acceder a cualquier puesto de carácter administrativo, sea en el ámbito de las instituciones sanitarias o en el de órganos administrativos sanitarios, desde el Mº de Sanidad a las consejerías autonómicas o los servicios de salud, ha inducido y fortalecido la politización de los nombramientos a todos esos niveles, no para la designación de cargos de naturaleza claramente política, sino para los del carácter administrativo más estricto. Para el acceso a ellos, el criterio principal no es el de la cualificación y el grado y la naturaleza de los conocimientos necesarios en cada caso, sino la afinidad política con los gestores de cada momento. Un criterio que, aparte de los daños funcionales que produce, resulta frontalmente contrario a la profesionalización de la función, con los

efectos colaterales que se han comentado en otros ámbitos de las propias administraciones en las que se producen, que son todas en general, sin ninguna excepción.

Por su parte, la facilitación del acceso del personal sanitario asistencial al desempeño de puestos de administración y gestión de servicios sanitarios se vió pronto acompañada de actuaciones concretas que constituían claros exponentes o llevaban como consecuencia de su aplicación al resultado del menoscabo de la situación de los cuerpos de funcionarios sanitarios en el seno de las administraciones correspondientes. Algunos de esos hechos son los siguientes:

- en primer lugar, la aplicación de condiciones restrictivas a la movilidad del personal sanitario hacia otras áreas de las administraciones correspondientes, en particular en el ámbito de la Administración General del Estado.

La ley 30/1984, de medidas de reforma de la función pública, había establecido como criterio general la posibilidad de desempeño de puestos de trabajo en cualquier área de la administración por el personal de la mayor parte de los cuerpos de funcionarios existentes, a condición de que cada interesado contase con las cualificaciones adecuadas para el desempeño de las funciones correspondientes en cada caso, establecidas en la convocatoria de cada puesto de trabajo. Se rompía de esa manera la vinculación entre funciones a desempeñar y cuerpos específicos de funcionarios, salvo en el caso de áreas muy específicas de la Administración. A la vez, se establecían así las bases para una tendencia a la homologación de la dificultad y los conocimientos básicos necesarios para acceder a la función pública, abierta a una posterior especialización, que se tradujo a la vez en la unificación de no pocos cuerpos distintos de funcionarios en cada área de especialización.

De esa posibilidad abierta de movilidad entre áreas distintas de la Administración se exceptuaron luego sólo de hecho algunos cuerpos muy específicos, entre ellos el personal de instituciones penitenciarias o el del INSERSO, siguiendo un doble criterio de menor dificultad en el acceso y penosidad de la propia función. Con ello se trató de evitar que se produjese una desbandada de los puestos correspondientes por parte de quienes habían accedido a ellos a través de mecanismos supuestamente de menor competencia y a quienes, por el contrario, el desempeño de los mismos les podía llevar a un mayor deseo de cambiar su área de actividad.

Lo peculiar del caso es que el mismo criterio se aplicó a los sanitarios a través de una excepción específica (la “Ex 18”), cuya aplicación a cualquier puesto lo hace inaccesible todavía hoy a cualquier sanitario en función de su propia titulación.

La citada excepción, por otra parte, es aplicable por igual al personal de los cuerpos de funcionarios sanitarios y al personal estatutario, aun cuando los mecanismos de acceso y los conocimientos exigidos en lo que se refiere al funcionamiento y los procedimientos propios de la administración y la gestión son por completo diferentes.

El menoscabo de los cuerpos de funcionarios sanitarios se completa con la reducida extensión de la exigencia de conocimientos específicos para acceder a la mayoría más amplia de los puestos de las administraciones sanitarias. Lo que lleva a que en los órganos de dirección de los servicios sanitarios, tanto en el Mº de Sanidad como en los de otras administraciones públicas, un porcentaje muy amplio de puestos de trabajo estén ocupados por personal que carece de cualquier conocimiento específico de las peculiaridades propias de los servicios sanitarios, con el deterioro consiguiente del ejercicio de la función²¹³.

- Otro hecho resultante en el deterioro de la consideración de los cuerpos de funcionarios sanitarios ha sido y sigue siendo la política de convocatoria de plazas de esos cuerpos promovida y desarrollada desde el Mº de Sanidad.

En la Tabla 21 se pueden observar las plazas de funcionarios sanitarios convocadas desde 1985 hasta 2008. Como puede verse en el mismo, a lo largo de los años se ha producido una tendencia manifiesta a la reducción del número de plazas convocadas de los cuerpos de mayor relevancia en sus ámbitos respectivos en el terreno sanitario, los ya citados de Sanidad

²¹³ Un ejemplo muy concreto de ese deterioro son muchas de las políticas de personal relativas al personal sanitario llevadas a cabo desde el MSC desde hace años, como las relacionadas con el cálculo de las necesidades de personal, que ahora son motivo de especial preocupación sin que existe una política definida desde el Mº. Lo mismo ocurre con el ejercicio de las competencias de las distintas profesiones sanitarias, planteado en unos términos de delimitación estricta de funciones de orientación muy discutible, que lleva a pugnas entre profesiones que en nada contribuyen a la cooperación necesaria en la prestación de los servicios sanitarios. O, desde un enfoque diferente, la ausencia de medidas promovidas desde el Mº para garantizar la movilidad del personal sanitario entre los diferentes territorios autonómicos, movilidad que se puede considerar la mejor garantía de difusión del conocimiento entre todas las regiones que constituyen de manera conjunta el “mercado único” sanitario español.

Nacional y de Médicos Inspectores de la Seguridad Social, cada uno de los cuales desempeñaba funciones específicas en este sector.

A ello hay que añadirle que desde 1995 las plazas convocadas para el segundo de los cuerpos citados, cuyo “tutelaje” corporativo y convocatoria, conforme al desarrollo de la Ley 30/1984 hecho de este aspecto, corresponde al M° de Sanidad, lo son para el desempeño casi exclusivo (son escasísimas las plazas convocadas para otros fines) de funciones en los Equipos Médicos de Valoración de Incapacidades del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), dependiente del M° de Trabajo y Seguridad Social. Esa tarea específica es una faceta menor y por completo reducida de las funciones propias de la administración y gestión de servicios sanitarios (cuyo desempeño al servicio de una administración en la que priman los intereses económicos del control de ese carácter de la prestación está llevando, por otra parte, a sesgos sanitariamente inadecuados en su ejecución²¹⁴).

Tabla 21. Plazas de Cuerpos o Escalas adscritos al Ministerio de Sanidad y Consumo en las Ofertas de Empleo Público 1985-2008.

CUERPOS/ESCALAS	AÑOS																							
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
E. de Médicos Inspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la S.S. (1)	5	201	25	40	66						15		101	107	52	15	15	185		28	46	67	126	153
E. de Farmacéuticos Inspectores del C. de Inspección Sanitaria de la Administración de la S.S. (1)		10	15	7	15								6						2	2		3		
E. de Enfermeros Subinspectores del Cuerpo de Inspección Sanitaria de la Administración de la S.S. (1)		154	43	20	25									12								2*	1	
E. Técnica de Gestión OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo													29+ 74*		5	12	7	18	5	3			15	12
E. de Gestión OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo																		2	20	46		20	50	50
E. Auxiliar Técnico de OO.AA., especialidad de Sanidad y Cons.																	4		2	4				
Cuerpo de Farmacéuticos de la Sanidad Nacional	5	4	3	2	10	12	6			5						4	5	2		8				
Cuerpo de Médicos de la Sanidad Nacional		8	4	4	15											2								
Cuerpo de Médicos Asistenciales de la Sanidad Nacional (2)		12	4	4	10																			
Cuerpo de Médicos Titulares																			11	29	20	21	40	33
Cuerpo de Farmacéuticos Titulares																			5	8	54	32	54	42+ 2**
Cuerpo de Veterinarios Titulares																9			35	20		4		
Escala de Facultativos y Especialistas de AISNA (2)	200	8			65	10	13																	
Escala de ATS de AISNA (3)	100	9			37	7	17																	
Escala de Auxiliares de Investigación de Laboratorio de AISNA (4)		28			24	5	11																	
E. Especialista Técnico de OO.AA., especialidad de San. y C.																				16*				

(1) Hasta la convocatoria del año 1989 se denominaban E. Médicos Inspectores, Farmacéuticos Inspectores y ATS Visitadores del Cuerpo Sanitario del extinguido INP

(2) A partir de la Ley 13/96 de 30 de diciembre se integraron en la Escala de Gestión de OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo

(3) A partir de la Ley 13/96 de 30 de diciembre se integraron en la Escala de Gestión de OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo

(4) A partir de la Ley 13/96 de 30 de diciembre se integraron en la Escala de Especialista Técnico de OO.AA., especialidad de Sanidad y Consumo

(5) A partir del 2005, los puestos de trabajo que venían ocupando los funcionarios del Cuerpo de Veterinarios Titulares se cubren por los del Cuerpo Nacional Veterinario

(*) Plazas convocadas en el marco de consolidación de empleo temporal

(**) Plazas convocadas por el sistema de promoción interna

Que las plazas de funcionarios sanitarios convocadas para cubrir funciones sanitarias marginales lo sean sistemáticamente de cuerpos, escalas o grupos de organismos a extinguir, que en el contexto de los cuerpos existentes en

²¹⁴ Se puede ver a este respecto Sevillano (2009).

otras áreas de la Administración resultan “de segundo (o tercer) nivel”, determina que en el ámbito de la AGE (imitado en buena parte por las administraciones autonómicas) no exista un cuerpo “vertebrador” del MSC²¹⁵, al revés de lo que ocurre en otros departamentos ministeriales. Y que, como consecuencia, las políticas sanitarias, cada vez más inexistentes, carezcan de un soporte administrativo (“tecnoestructura”) similar al que disponen esas otras áreas, con la consiguiente (y comprobable día a día) desventaja para aquéllas.

La raíz del conjunto de las situaciones citadas, todas las cuales derivan en perjuicios que me parecen evidentes sobre el mantenimiento de las condiciones de universalidad, equidad y sostenibilidad de la prestación sanitaria en competencia presupuestaria con otras prestaciones y servicios públicos, asienta sus raíces en buena parte en las decisiones adoptadas en el período analizado, en una línea que cabe calificar de “desprofesionalización” de la función de administración y regulación de los servicios sanitarios propia de la “tecnoestructura” de la organización.

f.3) La desregulación de la contratación en el ámbito de los centros públicos.

La regulación de las formas de accesos a las plazas de los centros públicos originalmente dependientes del INSALUD estaba regulada por los diferentes Estatutos de personal sanitario y no sanitario de la Seguridad Social.

Para el caso de las profesiones sanitarias de mayor cualificación, los médicos y el personal de enfermería, la previsión era la obtención de nombramientos de plazas “en propiedad” (es decir, sólo susceptibles de pérdida de la plaza en caso de expediente disciplinario cuya resolución conllevara la separación temporal o definitiva del servicio) mediante “concursos-oposición” convocados periódicamente²¹⁶, en cuyas convocatorias se debían incluir todas las plazas que formasen parte de las plantillas aprobadas para

²¹⁵ El término y la consideración se le podrían atribuir al Ministro José Antonio Griñán, quizás el titular del Departamento de Sanidad dotado de mejores conocimientos de la Administración, y él mismo perteneciente al cuerpo de la Inspección de Trabajo, probablemente el cuerpo más potente en ese Ministerio, al que se lo oí personalmente repetir en diferentes ocasiones.

²¹⁶ En el caso del personal médico se estipulaba en el artículo 53 del Estatuto correspondiente que las convocatorias para plazas de Jefe de Departamento y de Servicio, que se llevarían a cabo al nivel central del Instituto, se publicarían en el Boletín Oficial del Estado en los meses de marzo y septiembre, e incluirían en cada uno de esos casos “la totalidad de las plazas vacantes existentes en las fechas de 31 de enero y 30 de junio respectivamente”. Para las restantes plazas de médicos (Jefes de Sección y Médicos Adjuntos), el artículo 54 del mismo Estatuto preveía que “la totalidad de las plazas vacantes a que se refiere este artículo se anunciará en los primeros quince días de los meses de enero, mayo y septiembre por la Entidad Gestora en la provincia correspondiente”, insertando al menos el anuncio “en un periódico diario de la provincia”, y comunicando asimismo la convocatoria al Colegio Oficial de Médicos de la provincia.

cada centro que se encontrasen vacantes u ocupadas por personal con nombramientos interinos en el momento de cada convocatoria. Por otra parte, esos nombramientos interinos tenían límites temporales acotados: así, en el artículo 51 (referido al desempeño de plazas por interinos y eventuales) del Estatuto Jurídico del personal médico se establecía expresamente que

“Interinos.

1.1. la interinidad será siempre de duración limitada y no supone derecho alguno a la plaza que se ocupa, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 5º, sin que en ningún caso los nombramientos interinos prejuzguen la provisión definitiva de la plaza desempeñada en virtud de aquéllos.

1.2. La duración de las situaciones de interinidad, cuando se trate de facultativos con derecho a la reserva de plaza, podrá extenderse a todo el tiempo a que se refiere este derecho.

1.3. En las restantes situaciones de interinidad el período máximo de tiempo en que puede ser desempeñada con tal carácter una plaza por un facultativo no podrá exceder de nueve meses.

2. Eventuales.

Los facultativos designados provisionalmente para atender situaciones extraordinarias, esporádicas o urgentes no podrán permanecer por más de seis meses en dicha situación”.

Los mecanismos de provisión de plazas de médicos, incluyendo los aspectos citados, fueron modificados inicialmente en el año 1985, mediante la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 5 de febrero por la que se regula el sistema de promoción a las plazas de Jefe de Servicio y de Sección de los Servicios Jerarquizados de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social, norma de publicación simultánea con la referente a la jornada de mañana y tarde a la que se ha hecho alusión en el apartado II.4.c.1) anterior.

En dicha norma, de la que como de la otra citada se hizo una aplicación muy limitada, preveía que la provisión de plazas de las categoría citadas se llevaría a cabo mediante concurso, siendo requisito para la participación en los correspondientes a cada una de esas categorías el desempeño previo de plaza en propiedad en los servicios jerarquizados de la Seguridad Social o equivalentes durante unos períodos mínimos de cinco y tres años respectivamente. Si el facultativo que obtuviera la plaza no desarrollaba con anterioridad su labor en el mismo Servicio en el que accedía al

desempeño de las responsabilidades citadas consolidaría una plaza de facultativo especialista (el equivalente a la plaza de Médico Adjunto anterior) en el nuevo Servicio, sometiéndose en todo caso el desempeño de dichas responsabilidades jerárquicas a evaluación al final de cada uno de los dos primeros períodos cuatrienales siguientes a su nombramiento antes de obtener éste con carácter definitivo. Fue precisamente este mecanismo de evaluación posterior el que nunca llegó a aplicarse.

De la norma citada cabe en todo caso destacar que no puso en cuestión la periodicidad de las convocatorias establecida previamente en el Estatuto, aunque de ellas se hiciera un cumplimiento relativo, que, sin embargo, no fue puesto nunca legalmente en cuestión. Lo mismo ocurrió con la duración de los nombramientos interinos y eventuales, en cuya regulación no se introdujo ninguna modificación en aquel momento

La primera modificación de este último aspecto se produjo en Julio de 1989. Mediante una Resolución del 19 de ese mes de la Dirección General de Recursos Humanos, Suministros e Instalaciones del Ministerio de Sanidad, en aquel momento competente sobre esas cuestiones en lo que respecta al personal dependiente del INSALUD, que se siguió de otra de la misma Dirección general en Abril de 1990, se dictaron instrucciones sobre los procedimientos de vinculación del personal temporal, y modelos de nombramientos y contratos a cumplimentar. En esas resoluciones se estableció que los nombramientos temporales se prolongaran hasta que se produjera la cobertura de la plaza en propiedad por el procedimiento legalmente establecido o hasta que, en su caso, se suprimieran o amortizaran las plazas vacantes.

Posteriormente, mediante el Real Decreto 118/1991, de 25 de enero, se establecieron nuevas reglas sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social. Esta norma pretendía ante todo establecer condiciones homogéneas para la cobertura de vacantes en la misma clase de instituciones sanitarias en el ámbito de las CCAA que ya habían recibido el traspaso del INSALUD (seis hasta entonces, conforme al calendario al que he hecho referencia en repetidas ocasiones, pero cuyo ámbito de cobertura superaba ya el 50% de la población) y en el del propio Instituto. En la norma, además de establecer esas condiciones para la convocatoria de las plazas y prever incluso la posibilidad de convocatorias conjuntas, se derogaban de manera expresa las disposiciones antes citadas, tanto las que hacían referencia a la duración de los contratos temporales de una u otra naturaleza, como a la periodicidad reglada de las convocatorias correspondientes. Como a la vez se dio una

situación de escasez de convocatorias con arreglo a las nuevas condiciones establecidas, el efecto principal de esta norma fue la proliferación de contratos temporales en todos los ámbitos, tanto central como autonómicos, de la gestión de las Instituciones sanitarias de la Seguridad Social.

Esta situación se acentuó a partir de 1992, fecha en la que, sin dictar ninguna resolución al respecto, se congelaron de hecho las convocatorias regladas en dichas instituciones, lo que provocó el inicio de la situación de proliferación de contrataciones temporales con modalidades cada vez más irregulares y discrecionales. Situación que, creciendo a manera de bola de nieve, terminó por requerir de manera obligada una solución extraordinaria, y llena de decisiones de difícil valoración desde el punto de vista jurídico, que derivaron a su vez en multitud de recursos por parte de grupos que mantenían intereses objetivamente diferentes, mediante una Oferta Pública de Empleo (OPE) ya en el período de gobierno del Partido Popular.

Esas decisiones de modificación de las condiciones regladas de convocatoria sin modificar las condiciones estatutarias del personal afectado resultaban incoherentes con esta condición. Pero eran en cambio coherentes con el enfoque de la gestión de las instituciones sanitarias al que he hecho referencia en el apartado anterior. Con arreglo a este enfoque, que se hizo explícito en alguna ocasión, la mejora de la productividad y la eficiencia de las instituciones sanitarias pasaba por poner en cuestión la seguridad en el empleo y las retribuciones no sensibles al rendimiento que caracterizaba los nombramientos “en propiedad” de los que se beneficiaba el personal de aquéllas, muy en particular los médicos. No siendo posible abordar la modificación del estatuto del personal acercando su situación al régimen laboral, como se consideraba deseable en ese momento, en sentido contrario a lo que se habían previsto años antes en el primer borrador del Estatuto, de 1987, el mejor remedo que se encontró de esa orientación fueron los contratos temporales, sin considerar los efectos diversos, como los que he comentado, que se podían derivar de esa situación.

Otro de esos efectos fue, de manera destacada, el menoscabo de la identificación del personal sometido a contratos arbitrarios y sin garantías jurídicas para quienes se acogían a ellos con la institución, y más aún con el sistema sanitario en su conjunto, que le daba ese maltrato objetivo. El resultado de esas políticas erráticas en materia de personal durante el período indicado, que no se pudieron corregir por algunas

propuestas formuladas al final de dicho período²¹⁷, se vino así a sumar, aunque de manera principal para grupos de personal diferentes, al derivado de las condiciones de trato desigual, tanto desde el punto de vista legal como retributivo, en cuanto al grado de dedicación al sistema público al que he hecho ya referencia en un apartado anterior. Con ello se enajenó en buena parte el soporte profesional imprescindible para el sostenimiento en condiciones adecuadas del Sistema Nacional de Salud.

²¹⁷ Puede verse a este respecto la propuesta de “contrato cooperativo” formulada en 1994 desde la Dirección General de Recursos Humanos, propuesta que quedó cancelada con el recambio en el titular de esa Dirección poco tiempo después.

II.7) LAS POLÍTICAS FARMACÉUTICAS EN EL SNS.

Hablar de las políticas farmacéuticas, y no sólo de una “política farmacéutica”, en el SNS es una consecuencia obligada de la consideración de los objetivos y enfoques múltiples que esas políticas deben atender:

- el objetivo central de todas esas políticas es poner a disposición de los pacientes, y de los sistemas y centros sanitarios que los atienden, los medicamentos más adecuados para su tratamiento, siendo como son los medicamentos en el momento actual un instrumento específico esencial entre otros para la mejora de la salud.

- pero, por otra parte, y visto desde la óptica del propio Sistema, se trata de proporcionar a éste esos medicamentos y otros medios de diagnóstico y tratamiento en la mejores condiciones de eficiencia y control del gasto posibles. Se trataría de que el gasto en este terreno no ponga en cuestión el que se debe necesariamente realizar en otros ámbitos de los propios servicios, en especial el del personal, dado que los servicios sanitarios se caracterizan también por ser ampliamente intensivos en la utilización de personal para prestar aquéllos.

- la consecución de ese logro implica atender también al desarrollo y mantenimiento de las entidades, empresas públicas o privadas, que proporcionan al Sistema los productos que producen con esos fines, de manera que se garantice la calidad de los mismos y la estabilidad de su suministro. Un aspecto colateral de esta cuestión sería el desarrollo de una industria nacional propia, que pudiese contribuir a garantizar en condiciones ventajosas respecto a las que pudieran proporcionar las compañías radicadas en otros países las condiciones citadas. El desarrollo de la industria farmacéutica en cualquier país puede constituirse además en un objetivo de interés industrial preferente, y en una fuente importante de empleo dependiendo del grado de desarrollo alcanzado.

- en el caso de los productos farmacéuticos, como en otros muchos, entre los fabricantes y los consumidores preferentes, que son los propios sistemas sanitarios, se sitúan los distribuidores, y una forma peculiar de éstos, que son los dispensadores. En España, esta condición específica se ha restringido en cuanto a la propiedad de las oficinas de farmacia, y no sólo en cuanto a la exigencia de la presencia de un farmacéutico, sea propietario o no, para llevar a cabo la dispensación, a los titulados en Farmacia. Ambas condiciones se siguen manteniendo aunque la elaboración de los

medicamentos ha superado hace tiempo la fase artesanal, para sustituirse de manera habitual por la fabricación industrial de los productos.

En el caso de los titulares de los intereses mencionados en tercer y cuarto lugar, los objetivos del Sistema enunciados primeramente deben hacerse compatibles con la búsqueda de beneficios por el desarrollo de su actividad que caracteriza a los sistemas de mercado.

En el ejercicio de la primera función el papel de las autoridades sanitarias es el de garantizar que todos los medicamentos a los que se pueda acceder reúnan las condiciones de seguridad y eficacia que justifiquen su utilización, lo que hace que se trate de productos habitualmente sometidos a una autorización y registro previos a su utilización.

En el ejercicio de la segunda, los servicios públicos sanitarios ejercen ante todo en papel de compradores de productos para su uso por el sistema correspondiente. Para ello pueden utilizar el poder que les proporciona su condición de casi monopsonio de hecho en aquellos países en los que los sistemas sanitarios están constituidos bajo las premisas de universalidad y equidad que caracterizan a los Servicios de salud de la mayoría de los países desarrollados.

Por el contrario, en el ejercicio de sus funciones en los otros campos indicados el papel propio de las autoridades sanitarias es el de la regulación de unas y otras actividades, de manera que, de forma teórica al menos, se facilite el buen funcionamiento de los mercados correspondientes.

La descripción de los diferentes roles citados supone, en consecuencia, el desarrollo de políticas diferentes. Su ejercicio puede haberse encomendado a las mismas autoridades o, por el contrario, a autoridades administrativas distintas, que pueden además actuar con un diferente grado de integración, y su resultante final puede favorecer en mayor medida los intereses de unos u otros de los agentes implicados en estos mercados complejos. La descripción de las políticas desarrolladas en cada uno de esos casos permite acercarse con rapidez a la valoración de los intereses predominantes en cada caso y período.

Para la valoración de las políticas farmacéuticas en el período que se está analizando su mejor referencia se encuentra en la comparación con las desarrolladas en otros períodos. Por esa razón los análisis que se llevan a cabo en este capítulo comienzan por una referencia a las políticas que se desarrollaron en los períodos

inmediatamente anteriores, empezando por las puestas en práctica en las fases previas a la Constitución de 1978.

a) La regulación de la farmacia y los productos farmacéuticos y el ejercicio de la gestión de la prestación farmacéutica antes de la Constitución de 1978.

a.1) Los orígenes de la regulación y la prestación.

Para no remontarse demasiado en el tiempo y, sobre todo, para no hacerlo a un período cuyos desarrollos en todos los campos se interrumpieron de manera radical por la Guerra Civil, la primera referencia a las normas establecidas en el campo de la política farmacéutica hay que hacerla a una norma de 1945, la Orden del Ministerio de la Gobernación de 11 de enero de ese año, *“por la que se dispone la reapertura de los Registros farmacéuticos y dictando normas para la fijación de precios en las especialidades farmacéuticas”*.

Como su propio título indica, en la norma se mezclaba la regulación del registro de las especialidades farmacéuticas con la determinación de los instrumentos utilizados para fijar los precios de los productos. Con este último fin se incluía la presentación de un estudio económico en el que debía especificarse el valor de las materias primas utilizadas para su fabricación, el valor “de la vigilancia e investigación”, así como los “márgenes de utilidad a percibir por el almacenista y el farmacéutico”. El valor de estos últimos se fijaba en el 25% del precio de venta al público de cada especialidad y el 12% de la cantidad que resulta de descontar del precio de venta al público el 25% anterior, respectivamente. La norma preveía también la revisión de los precios de las especialidades que ya se estaban vendiendo, incluyendo la posibilidad de su reducción si el nuevo precio fijado fuera inferior.

Por su parte, como se ha comentado al principio de este texto, el origen del Sistema sanitario español actual se encuentra en el Seguro Obligatorio de Enfermedad que se constituyó en España en 1942, mediante una Ley de 14 de diciembre de ese año²¹⁸. La fecha resulta relativamente coincidente, e incluso es algo anterior, a la de constitución de los servicios públicos de salud (de características universales distintas a las del Seguro español original) en distintos países europeos, de manera especial el NHS británico, que se constituyó en 1947.

Dejando aparte las condiciones personales de la constitución del Seguro, un sistema de protección reservado por entonces a los trabajadores asalariados de

²¹⁸ Para un mejor conocimiento de las características y condiciones de esa constitución se puede ver: Arranz (1991). Se puede encontrar una copia del texto en la Biblioteca de la Escuela Nacional de Sanidad.

determinados sectores que luego se fue extendiendo, lo característico de la época era el escaso desarrollo científico existente todavía en aquel momento. Como ejemplo de ello puede servir que el primer antibiótico que se comercializó, la penicilina, lo fue en 1948. Lo mismo ocurría en el campo de las técnicas de diagnóstico.

La consecuencia del limitado desarrollo científico de los conocimientos médicos alcanzado hasta entonces era que los servicios sanitarios fueran ante todo servicios de carácter personal prestados de manera directa principalmente por los médicos y también por el personal de enfermería²¹⁹, que por otra parte constituían la fuente principal de gasto de los propios servicios.

Esa situación justifica que el desarrollo inicial del Seguro de Enfermedad español se centrara en la organización de consultas de primer nivel, que de manera progresiva se fue haciendo más extensa y compleja.

Por su parte, ese desarrollo científico, de manera especial en el campo de los productos farmacéuticos, se fue perfeccionando en los años siguientes. A ello contribuyó sin duda de manera general la absorción asegurada de la oferta de estos productos por los servicios públicos de salud recién constituídos en distintos países una vez finalizada la Segunda Guerra mundial, y con ello el desarrollo de la industria farmacéutica, que se fue conformando como un sector industrial específico de gran potencia.

A su vez, este desarrollo de un panel cada vez más amplio de productos a disposición del prescriptor fue una causa añadida a la escasez de servicios de otra naturaleza prestados²²⁰ de que la importancia del gasto farmacéutico en el Seguro de Enfermedad fuera cada vez más alta, hasta alcanzar casi el 50% del gasto total de éste al principio de los años cincuenta²²¹. Y a que la demanda de la prestación personal de servicios por parte de la población asegurada se complementase con la de los

²¹⁹ En aquel tiempo esta única profesión se encontraba separada en dos versiones distintas según el sexo de los que la ejercían: si se trataba de varones, ejercían su profesión de manera independiente del médico, administrando los medicamentos prescritos por éste para su administración principalmente por vía parenteral; las mujeres actuaban como auxiliares del médico, en especial en las consultas extrahospitalarias.

²²⁰ Se puede recordar aquí que el desarrollo de la red de hospitales de la Seguridad Social, como se ha indicado al principio de este texto, comenzó a tener importancia sólo a partir de mediados de los años sesenta del siglo anterior.

²²¹ Según L. Arranz “el gasto en farmacia sigue (en esas fechas) subiendo alarmantemente para todos los gastos del sistema un 7,55%, hasta significar el 48,48% del total de prestaciones” (Arranz, 1991, p. 276). Esa misma proporción era la existente a finales de los años sesenta según otros autores (Lobo, 1992, p.88).

medicamentos prescritos en cada caso, como forma más expresa de obtener una compensación en este terreno por la cotización.

Como instrumento de control del incremento del gasto en productos farmacéuticos el Seguro utilizaba un instrumento peculiar, el llamado “petitorio” de medicamentos, en realidad un sistema de lista positiva por marcas, que sólo permitía la prescripción con cargo al Seguro de aquellos productos que estuvieran incluidos en el mismo, habitualmente uno solo o, en todo caso, un número reducido de los productos de la misma composición y efectos terapéuticos. Una situación que se complementaba con la limitación de la dispensación de los productos a los pacientes del Seguro en un número restringido de oficinas de farmacia.

a.2) La relación del Seguro de Enfermedad con la industria farmacéutica y las oficinas de farmacia

Esta situación varió con la aprobación, mediante el Decreto 907/1966, de 21 de abril, del texto articulado primero de la Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social. En el mismo se introdujeron modificaciones sustanciales en la situación descrita en aspectos muy significativos de ésta:

-los dos primeros apartados del artículo 107 de la norma citada establecían que:

“1. La dispensación de medicamentos será gratuita en los tratamientos que se realicen en las Instituciones propias o concertadas con la Seguridad Social y en los que tengan su origen en accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. En los demás casos participarán los beneficiarios mediante el pago de una cantidad fija por receta o, en su caso, por medicamento, cuya determinación corresponderá al Gobierno, a propuesta del Ministro de Trabajo y previo informe de la Organización Sindical.

2.La Seguridad Social realizará la adquisición directa en los centros productores de los medicamentos que hayan de aplicarse en sus Instituciones abiertas o cerradas, a cuyo efecto se seleccionarán, conforme a criterios rigurosamente científicos, los medicamentos precisos para su aplicación en tales Instituciones abiertas y cerradas”.

-conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 107 de dicha norma se establecía a su vez que *“en todo caso, la dispensación de medicamentos para su aplicación fuera de las Instituciones a que se refiere el número anterior (abiertas y cerradas), se efectuará a través de la Oficinas de Farmacia legalmente establecidas, que estarán obligadas a efectuar tal dispensación”.*

-por su parte, los siguientes apartados del mismo precepto establecían que “4. *la Seguridad Social concertará con Laboratorios y Farmacias, a través de sus representaciones legales sindicales y corporativas los precios y demás condiciones que deberán regir en la adquisición y dispensación de productos y especialidades farmacéuticas a que se refieren los dos números anteriores.*

A falta de acuerdo para el referido concierto o, si después de pactado, uno o varios laboratorios no aceptasen para el suministro de sus especialidades a la Seguridad Social el régimen pactado, o por cualquier eventualidad éste no pudiese ser aplicado, una Comisión presidida por un Delegado del Ministerio de trabajo y compuesta, además por cuatro vocales en representación de la Seguridad Social, y otros cuatro, de los cuales tres serán designados por el Sindicato Nacional de Industrias Químicas, en representación de los Laboratorios Farmacéuticos, y uno por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, fijará de modo imperativo los topes máximos de precios que deban señalarse en ambos supuestos a los laboratorios titulares de especialidades para que las mismas puedan ser suministradas a la Seguridad Social.

Si las diferencias afectasen exclusivamente a las relaciones con las Farmacias, la totalidad de los vocales de esta Comisión no representantes de la Seguridad Social serían designados por el Consejo general de Colegios de Farmacéuticos.

5.Reglamentariamente se determinarán el procedimiento de los conciertos y el de funcionamiento de la Comisión a que se refiere el número anterior.

6.Lo dispuesto en los números anteriores se entenderá sin perjuicio de las facultades atribuidas al Ministerio de Trabajo para intervenir o participar en la determinación del valor de las sustancias medicamentosas que normalmente puedan entrar en la composición de las especialidades farmacéuticas, así como en el establecimiento de los márgenes comerciales de laboratorios, Oficinas de farmacia y demás intermediarios”.

Dejando aparte la mezcla de roles como “comprador” y regulador que supondría la referencia a las actuaciones y funciones del Ministerio de Trabajo en este último párrafo, lo más relevante de la norma citada se puede considerar la referencia al establecimiento de conciertos como forma de relación entre el embrión de lo que luego constituyó el Sistema Nacional de Salud y los fabricantes y proveedores más inmediatos de productos farmacéuticos al Seguro. Una forma de relación preferente que se ha

perpetuado a lo largo del tiempo hasta la actualidad, pese a los efectos que desde el punto de vista del control del gasto en este concepto se pueden ahora observar.

Aunque no se precisen las razones concretas que llevaron finalmente a establecer esa forma de relación, no resulta difícil suponer que entre las mismas se incluyeron de manera preferente los intereses corporativos y empresariales de los grupos que desempeñan las funciones de dispensación y fabricación de los medicamentos, que ya entonces consideraban mejor defendidos tales intereses a través de esa forma de relación.

Pese a que sus efectos fueron tardíos, el vehículo a través del que pudieron hacerse expresas esos intereses fue una Comisión Especial del Seguro Obligatorio de Enfermedad creada en el ámbito del Consejo de Administración del Instituto Nacional de Previsión, entonces la entidad gestora única de la Seguridad Social por Orden del Ministerio de Trabajo de 25 de Julio de 1960, que comenzó a funcionar el 7 de noviembre del mismo año, constituyendo ocho ponencias para cada uno de los problemas del Seguro de Enfermedad considerados como más relevantes. De entre ellos el tercero, *“claro está”*, según se dice en el texto repetidamente citado (Arranz, 1991, p. 348), era el de los gastos en farmacia, del que se indica que *“a pesar de ser el más aparente de los problemas económicos del Seguro, necesitó 18 sesiones para ser planteado y analizado lo suficientemente hasta ofrecer sus conclusiones”*.

Por su parte, las previsiones contenidas en el apartado 4 del artículo 107 del primer texto refundido de la Ley sobre Bases de la Seguridad Social antes citado respecto a la posibilidad de que no se alcanzasen acuerdos entre la Seguridad Social y los laboratorios o los Colegios farmacéuticos para la provisión de sus productos resultó ociosa: los primeros convenios, tanto con los laboratorios como con los Colegios, se firmaron en 1967, y se renovaron en años sucesivos. En los Cuadros 18 y 19, tomados de un trabajo del profesor Félix Lobo (Lobo, 1988), que fue el Director General de Farmacia con el primer Gobierno del Partido Socialista en 1982, se resumen las características de esos conciertos en ambos campos.

De entre esas características se destacan algunas, que situaron a la prestación farmacéutica en dirección contraria a la de los instrumentos que estaban establecidos hasta entonces como mecanismos de contención del gasto farmacéutico:

-en el caso de las oficinas de farmacia, el primer concierto, igual que los sucesivos, acuñaron la expresión de que la dispensación de los medicamentos prescritos con cargo a la Seguridad Social debería hacerse a través de *“todas y cada una”* de las

oficinas de farmacia establecidas en todo el territorio, y no sólo a través de algunas de ellas (contratación selectiva), condición que se ha perpetuado hasta la actualidad como una realidad que, pese a su escasa eficiencia²²², no se ha puesto desde entonces en cuestión desde ningún Gobierno.

(A este compromiso hay que añadirle la exclusión de la dispensación de los medicamentos que no fueran a ser aplicados en su interior por las instituciones sanitarias tanto hospitalarias como extrahospitalarias, previsión contenida en el apartado 3 del artículo 107 del texto refundido de la Ley de Bases citado antes).

Cuadro 18. Contenido de los conciertos Seguridad Social-Industria Farmacéutica.

	Concierto 1967	Concierto 1972	Concierto 1977	Concierto 1980	Convenio 1981	Convenio 1983/ RD 1985	Concierto 1986
1. Cuestiones técnico-sanitarias							
1.1. <i>Selección de productos</i>							
— Inclusión de <i>todas</i> las especialidades en la prestación farmacéutica	Sí	Sí	Sí	—	—	—	Dudoso (de hecho, sí)
— Colaboración con Junta Reguladora para excluir especialidades	—	—	Sí	—	—	—	Sí
1.2. <i>Policía sanitaria</i>							
— Control publicidad	—	—	Sí	—	—	—	—
— Ensayos clínicos	—	—	Sí	—	—	—	—
— Cautela frente a suspensión de comercialización	—	—	—	—	—	—	Sí
2. Condiciones económicas							
— Suministros a hospitales con concurrencia en precios	Sí	—	—	—	—	—	—
— Descuento general (% PVL)	9,36	9,35	9,36	7	5,5	0,0 14.000 millones	1 %
— Información económico-contable de las empresas	—	—	—	—	—	—	Sí
3. Información							
— Información estadística sobre consumo disponible para el sector privado	—	—	Sí	—	—	—	—
4. Procedimiento y eficacia							
— Potestades inspectoras del INP	Sí	Sí	Sí	—	—	—	Sí
— Órgano de seguimiento	Sí	Sí	Sí	—	—	—	Sí
— Faltas y sanciones	Sí	Sí	Sí	—	—	—	Sí
5. Facturación	Sí	Sí	Sí	—	—	—	Sí

Fuente : Lobo F. (1988). El gasto público en prestación farmacéutica.

La suma de esas disposiciones y acuerdos se constituyó en base de una situación que, por encima de los perjuicios económicos para el Sistema y los sesgos de beneficio

²²² A este respecto se puede ver Meneu (2008). Por su parte, el profesor Félix Lobo ya indicaba en el trabajo citado que “el aumento secular del número de farmacias y la consiguiente disminución de sus clientes potenciales y ventas medias les obliga a presionar al alza sus márgenes”, lo que, como se indica más adelante, aunque no se ha traducido en la elevación real de éstos en términos porcentuales, ha significado en todo caso que se han mantenido hasta ahora alrededor del 28%, uno de los porcentajes más elevados en Europa (Mossialos, 2000). En este mismo artículo se cita también cómo España es uno de los países con un número mayor de farmacéuticos per cápita ejerciendo en oficinas de farmacia: en 1993 esa cifra era de uno por cada 2.124 habitantes, frente a un promedio europeo de uno por cada 5.761. Esa desproporción se mantiene todavía, soportada por el llamado “modelo mediterráneo de farmacia”, que los Colegios de farmacéuticos siguen defendiendo con ardor (ver en este sentido la nota ...).

injustificado para los farmacéuticos propietarios de las oficinas de farmacia, y con la supuesta justificación de garantizar la dispensación de los medicamentos en las zonas menos pobladas, se sigue manteniendo todavía, sobre la base de la influencia corporativa de quienes, a través del Consejo de Colegios Farmacéuticos, ostentan la representación de quienes ejercen la profesión en las oficinas de farmacia).

-en el caso de los conciertos con la industria farmacéutica, la cláusula que supuso una ruptura más llamativa con la orientación anterior fue la inclusión de *todas* las especialidades en la prestación farmacéutica, lo que rompió de manera igualmente irreversible la línea de contención del gasto que suponía el *petitorio* existente hasta entonces.

Cuadro 19. Contenido de los conciertos Seguridad Social-Farmacéuticos.

	1967	1972	1977	1982
1. Farmacias contratistas				
— Todas y cada una	Sí	Sí	Sí	Sí
2. Libertad de elección	Sí	Sí	Sí	Sí
3. Servicios profesionales farmacéuticos comprometidos				
— Obligación de dispensar	Sí	Sí	Sí	Sí
— Atribución de responsabilidad personal y profesional	Sí	Sí	Sí	No
— Regulación de los servicios a que tiene derecho el paciente (sólo «correcta dispensación», «buen servicio», «procurará»)	No	No	No	No
4. Normas receta (Modelo, productos incluibles, causas de nulidad, excepciones, plazo)	Sí	Sí	Sí	Sí
5. Condiciones económicas				
— Pago por la Administración en plazo breve	10 días	10 días	10 días	20 días
— Descuento	11	7,5	No	No
— Coste de la facturación	—	—	Fcos. INP	Fcos.
— Tarifa FMEA	Sí	Sí	Sí	Sí
— Tasación por colegios de las «fórmulas magistrales»	Sí	Sí	Sí	Sí
— Información <i>marketing</i> para uso farmacéutico	No	No	Sí	Sí
6. Garantías del monopolio farmacéutico	Sí	Sí	Sí	Sí
7. Implantación visado por INP	Sí	Sí	Sí	Sí
8. Organos de seguimiento paritarios amplias facultades	Sí	Sí	Sí	Sí
9. Incumplimiento: faltas y sanciones	No	No	No	No

Fuente: Lobo F. (1988). El gasto público en prestación farmacéutica.

-la justificación de esas dos líneas claras de ruptura con la política anterior podría tratar de establecerse en los descuentos a la Seguridad Social, que tanto la industria como las farmacias introdujeron en los primeros conciertos respectivos. La debilidad de este argumento es fácilmente comprobable con una simple vista a la evolución de los descuentos mencionados en los cuadros adjuntos: en el caso de las oficinas de farmacia, los descuentos desaparecieron del convenio correspondiente en 1977, y lo mismo ocurrió en el concierto con la industria en 1983. Como causas de esa

desaparición se adujeron la inflación acelerada de los años setenta y, en el caso de la industria de manera específica, los retrasos en las revisiones de precios para compensar los aumentos de costes (Lobo, 1988).

a.3) Las políticas de registro y precios de los medicamentos y de márgenes comerciales.

a) Uno de los instrumentos preconstitucionales más característicos de la intervención pública en el ámbito de la farmacia fue la regulación de la determinación y posible modificación de los precios de los medicamentos, hasta el punto de que para algunos autores (Roldán, 1996) *“el factor fundamental en la evolución y configuración de la industria farmacéutica pasó a ser la legislación oficial en materia de precios”*.

No se trataba, sin embargo, de una actuación peculiar y específica de los precios de esos productos. Por el contrario, en el contexto de un sistema que pretendía la autarquía económica y con peso muy elevado del sector público en el ámbito de la economía en general (que llevó a la creación de un amplio sector público empresarial agrupado principalmente en el Instituto Nacional de Industria (INI)) el Estado intervenía de manera indirecta o directa en caso todos los ámbitos de la vida económica, incluyendo la determinación de los precios de numerosos artículos básicos de consumo.

En el caso de los productos farmacéuticos, una nueva regulación de los precios tuvo lugar mediante un Decreto de 10 de agosto de 1963, el 2464, por el que se regulaban *“los laboratorios de especialidades farmacéuticas y el registro, distribución y publicidad de las mismas”*, regulación que incluía también la de los márgenes comerciales de oficinas de farmacia y distribuidores.

Como su mismo título indica, la norma, que dedicaba también un amplio espacio a la modificación de las condiciones del registro de nuevos medicamentos, suponía incluir en una misma regulación, como lo hizo en su día la Orden de 1945, diferentes aspectos relacionados con los productos farmacéuticos, estableciendo una relación de hecho entre la aprobación del precio de cada nuevo medicamento y la autorización e inscripción del mismo en el Registro de especialidades que se ha mantenido hasta la actualidad.

Por lo que hace a los precios, el artículo 37 de la norma citada establecía que:

“Uno. La Dirección General de Sanidad, previo informe preceptivo de la Junta a que se refiere la disposición transitoria cuarta, y con aprobación del Ministro de la Gobernación, fijará un precio determinado de venta al público de cada especialidad, tanto en el momento de su registro como en las modificaciones posteriores, a la vista de

las propuestas del interesado y del valor asignado, en su caso, a las sustancias medicamentosas por la citada Junta.

-Dos. Dicho Centro directivo, con igual informe de la Junta y aprobación del Ministro podrá mediante resolución motivada modificar los precios de las especialidades, pudiendo iniciar las actuaciones bien por su propia iniciativa o a instancia del Seguro Obligatorio de Enfermedad o de otros Organismos o Entidades interesadas ...”.

A su vez, la disposición transitoria citada establecía que:

“...Para el asesoramiento al Ministerio de la Gobernación...(en) el ejercicio de las facultades determinadas en los apartados uno y dos del artículo treinta y siete, se constituirá en la Dirección General de Sanidad una Junta, de la que en todo caso formarán parte representantes de los Ministerios de Trabajo, Industria, Comercio y Organización Sindical”.

En el período preconstitucional transcurrido desde 1963 hasta 1977 se produjo una primera modificación de los precios de medicamentos en 1967 (Lobo, 1992, p.64), pero, por el contrario, a la vez el registro de muchos productos nuevos. Lo que se acompañaba en cada caso, siguiendo el principio antes citado, del establecimiento del precio para cada uno de ellos, habitualmente más elevado que el de otros productos iguales o similares registrados de manera previa²²³. Todo ello, junto con la universalización poco tiempo después del espectro de medicamentos susceptibles de ser prescritos en el ámbito de la Seguridad Social a la totalidad de los productos registrados, con arreglo a lo descrito en el apartado anterior, sirvió de base para dirigir principalmente las políticas de los laboratorios farmacéuticos hacia la influencia sobre los prescriptores²²⁴, a la vez que a conseguir unos precios más altos para los nuevos productos.

²²³ Según Santiago Roldán (Roldán, 1996, p. 326) “El legislador hizo la Ley y las empresas la trampa,...fueron apareciendo numerosas especialidades que...eran simples imitaciones de productos cuyos precios estaban bloqueados. El bloqueo de precios ... sólo provocó que los laboratorios buscasen la obtención de nuevas especialidades que- siempre con ligeras modificaciones- no tuvieran que adaptarse a precios fijados con anterioridad”.

²²⁴ Para los incentivos económicos por la prescripción de determinado producto, que a veces se pretendía justificar con la realización de estudios comparativos sin base reguladora alguna de este tipo de estudios, se acuñó el término popular del “tarugo”. El efecto de esas políticas es que “es característico que, en casi todos los grupos terapéuticos, alrededor del 50% de las ventas estén cubiertas por productos de menos de cinco años” (Lobo, op. Citada, p. 64). Establecida esa pauta de prescripción, ésta se ha ido reduciendo a lo largo del tiempo: pueden verse a estos efectos las sucesivas publicaciones de Farmaindustria denominadas “La industria farmacéutica en cifras”. En la del año 1993, por ejemplo, se hace constar (p. 75) que en 1992 la proporción de ventas de especialidades farmacéuticas con fecha de registro en los últimos cinco años era del 40,93% (y la de cinco a diez años, un 22,21% adicional). Por su parte, en la

Desde 1973 el mantenimiento del sistema de control de los precios farmacéuticos sufrió grandes presiones: de un lado el Registro de Especialidades Farmacéuticas se hizo más riguroso²²⁵, lo que puso trabas a la vinculación del aumento de los precios de los nuevos productos con su registro como mecanismo dirigido a sortear el control de los precios.

Por su parte, la Seguridad Social desarrolló algunas disposiciones dirigidas a reforzar el control de su gasto en este terreno; así, el Decreto 1417/1973, de 10 de mayo, por el que se creó una Junta Reguladora de las Especialidades Farmacéuticas Dispensables en la Seguridad Social, entre cuyas funciones se incluía la de proponer las especialidades que por diferentes motivos, entre ellos los precios, no se estimasen precisas para las prestaciones de la Seguridad Social o que requiriesen especiales medidas de control, en concreto el visado por la Inspección; a lo que se unía la posibilidad de proponer a la Dirección General de Sanidad la modificación de los precios correspondientes a determinados medicamentos, y la necesidad de que se proporcionase información científica y económica al personal sanitario.

De la misma manera, un Real Decreto posterior, el 383/1977, de 18 de febrero, por el que se reestructuró la prestación farmacéutica de la Seguridad Social, aumentó también la posibilidad de controles en la misma línea. En todo caso, sobre la eficacia de esas medidas, adoptadas sin modificar el marco más general de la Ley General de la Seguridad Social antes citado, que no había sido cambiado, cabe albergar amplias

misma publicación de 2004, con datos de 2003, la proporción se había reducido al 23,3% (con un 31,5% adicional para productos registrados entre 5 y 10 años antes). Esa progresiva reducción de la proporción hay que atribuirla probablemente más al cambio en las normas de registro, sobre todo una vez que se excluyó la patente de “proceso” a partir de 1992 (ver sobre esto el apartado 1.3 siguiente), más las dificultades de diseño de productos nuevos con los métodos habituales de diseño, lo que ha ido reduciendo progresivamente el número de nuevos medicamentos registrados, junto también a una mejor regulación de los ensayos, que no a un cambio sustantivo en los mecanismos de inducción de la prescripción, que siguen constituyendo un problema en todas partes, sobre el que hay abundantes ejemplos en la literatura médica (a este respecto se puede ver la bibliografía citada en Rey Biel, 2005, que no ha hecho sino incrementarse con nuevos ejemplos a partir de la fecha de publicación de ese trabajo) .

²²⁵ Como expresiones de ese mayor rigor se pueden citar: el Decreto 849/1970, de 21 de marzo, por el que se actualizan algunas disposiciones vigentes en materia de registro, comercialización y publicidad de especialidades farmacéuticas, en el que, además de ampliar la descripción de la documentación técnica necesaria para obtener el registro, se hacía referencia por primera vez a casos en los que sería necesaria la experimentación clínica; el Decreto 1416/1973, de 10 de mayo, sobre regulación del registro farmacéutico; una resolución de 15 de diciembre de 1973, sobre asociaciones medicamentosas; y un Real Decreto posterior, el 3152/1977, de 7 de noviembre, por el que se da nueva regulación al Registro de Especialidades Farmacéuticas, en el que se establecía una limitación del número de especialidades que podrían registrarse anualmente por cada laboratorio que no fueran por completo distintas a cualquier otra registrada previamente o que “por su composición, forma galénica, asociación justificada o nueva indicación terapéutica de principios activos conocidos presenten ventajas sustanciales de orden terapéutico sobre sus similares ya existentes”, condiciones las dos últimas en las que no se imponía ninguna limitación .

dudas. De hecho, en la práctica no se produjo la exclusión de ninguna especialidad, no se acordó el visado de ningún producto y la información proporcionada al personal sanitario, traducida en la elaboración de un Boletín de Información Terapéutica, se retrasó a una mejor ocasión posterior.

Otro elemento que contribuyó a aumentar la presión para la elevación de los precios de los productos, pese a que su control se sorteaba por las vías descritas, fueron las condiciones económicas generales vividas en los años setenta, en especial en el período previo más inmediato a la Transición democrática, de manera más destacada los elevados índices de inflación, que superaron sistemáticamente las cifras de dos dígitos y en algún año fueron superiores al 20%. Esto influía no sólo sobre los costes de las empresas, sino también sobre los tipos de cambio de la peseta, reduciendo el valor de los beneficios a transferir a las sedes centrales de las empresas transnacionales que llevaban ya años estableciéndose en España (Lobo, 1992, p. 229).

Ese conjunto de circunstancias motivaron dos elevaciones de precios de los medicamentos ya registrados en septiembre de 1974, que fue efectiva para la Seguridad Social desde el 1 de Julio de 1975, y una segunda en 1977.

En Octubre de 1977, es decir, poco tiempo después de las primeras elecciones democráticas celebradas el 15 de Junio de aquel año, un Real Decreto, el 2895, “*sobre normativa en materia de precios*”, estableció un sistema de “Precios Autorizados” para una lista de productos en la que se incluían los medicamentos. La inclusión en ese régimen suponía que la elevación del precio de cualquiera de esos productos requeriría solicitud previa a una nueva Junta constituida al efecto para todos ellos, a la que se denominó Junta Superior de Precios, cuya composición, formada por representantes de distintos Ministerios, incluido uno del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social recién constituido, con un Presidente con rango de Subsecretario nombrado por el Ministro de Comercio y Turismo, se regulaba en el artículo veintiséis de la misma norma. Sin duda con el ánimo de establecer ciertos criterios objetivos para facilitar la valoración de los aumentos de precios solicitados, en el artículo seis del mismo Real Decreto se establecía también que “*las solicitudes o comunicaciones de aumento de precios deberán indicar, en todo caso:*

a) la descripción del bien o servicio de que se trate, con expresión, en su caso, de la denominación y marca comercial.

b) la estructura de costes, desglosada en sus distintos componentes.

c) la descripción del proceso de comercialización.

d) el precio o tarifa vigentes y el nuevo precio o tarifa solicitados o comunicados.

e) la justificación del alza de los componentes del coste del bien o servicio de que se trate.

De otra parte, las referidas solicitudes o comunicaciones de aumentos de precios deberán ser completadas con cuanta información se requiera expresamente por la Junta Superior de Precios...”.

En opinión de algunos observadores (López Bastida, 2000) el funcionamiento real de ese sistema de justificación de los precios no permite evitar la *“impresión global de que la influencia de la evaluación económica (tanto la de entonces como la que se estableció a partir de 1991) en las decisiones sobre precios adoptadas era muy pequeña”*, y que *“los precios de los medicamentos estaban ante todo sujetos a la negociación entre las empresas y el gobierno”*.

Por su parte, la falta de especificidad de la constitución de la nueva Junta para productos de naturaleza muy diferente, así como el hecho de que se obviarán las circunstancias específicas de las distintas clase de productos (la orientación de la prescripción hacia los nuevos productos, de precios más elevados, en el caso de los medicamentos) permite considerar que el nuevo órgano se concibió como un instrumento de política económica general, y no como instrumento al servicio de las políticas farmacéuticas. Pese a ello, como se describe más adelante, las “especialidades farmacéuticas” se han mantenido dentro del ámbito de los productos de “precios autorizados”, de cuya relación se han ido excluyendo numerosos productos de consumo habitual a lo largo del tiempo.

Por otra parte, toda vez que permanecían las mismas condiciones descritas al hablar de la norma anterior, los resultados de la promulgación de la nueva en el caso de la farmacia no se hicieron ver hasta 1983, ya con el gobierno del PSOE, año en el que, como se describe en un apartado posterior, tuvo lugar la primera revisión de los precios de los medicamentos bajo las condiciones de esta nueva norma preconstitucional. A las revisiones de precios que tuvieron lugar en años sucesivos se hace referencia en un apartado posterior.

b) Por su parte, como en el caso de las políticas sobre precios de los medicamentos, las primeras disposiciones homogéneas reguladoras de los márgenes comerciales de las oficinas de farmacia y los almacenes de distribución se establecieron

en el mismo Decreto 2464/1963, de 10 de agosto, por el que se regulan los laboratorios de especialidades farmacéuticas y el registro, distribución y publicidad de las mismas.

La orientación común de tales medidas con las previstas en materia de precios, en ambos casos como aspirantes a contribuir al control del gasto farmacéutico, llevó la coincidencia de unas y otras hasta el extremo de que las dos regulaciones se llevaran a cabo en apartados distintos de un mismo artículo, el treinta y siete del Decreto citado, y a que la Junta prevista *“para el asesoramiento al Ministerio de la Gobernación en la determinación y puesta en ejecución de los citados márgenes profesionales escalonados y, en su caso, del margen mínimo de beneficios referido en el artículo cincuenta y ocho-uno”* (este último relativo a los almacenes farmacéuticos) sea la misma prevista y esté regulada en la misma disposición transitoria que la establecida para los precios .

Por su parte, el apartado tres del artículo treinta y siete citado establecía que *“los márgenes profesionales de las oficinas de Farmacia serán determinados reglamentariamente por el Ministerio de la Gobernación, previos los asesoramientos que estime oportunos sobre la base de un sistema de porcentajes proporcionales al precio de venta al público de las especialidades”*.

En cuanto a los almacenes farmacéuticos, el artículo cincuenta y ocho-uno de la misma norma establecía que *“para facilitar la distribución de las especialidades y productos farmacéuticos desde los laboratorios a las oficinas de Farmacia podrá utilizarse la libre mediación de almacenes farmacéuticos*.

Cuando el laboratorio de especialidades farmacéuticas utilice para la distribución a los almacenes farmacéuticos percibirán éstos, sin repercusión en el precio de venta al público, el margen de beneficio que libremente convengan con aquéllos, sin perjuicio de que, atendidas las circunstancias, el Ministerio de la Gobernación pueda señalar un determinado margen mínimo para estas relaciones”.

Finalmente, en el apartado uno de la disposición transitoria cuarta del Decreto citado se preveía que *“el sistema de márgenes profesionales escalonados de las oficinas de Farmacia y el de libre convenio de beneficios de los almacenes farmacéuticos a que se refieren, respectivamente, los artículos treinta y siete-tres y cincuenta y ocho-uno del presente Decreto entrarán en vigor el día primero de enero de mil novecientos sesenta y cuatro, aplicándose hasta ese momento con carácter provisional las disposiciones que vienen rigiendo en la materia, las cuales quedarán sin efecto el expresado día”*.

El retraso en la norma de desarrollo, la Orden del Ministerio de la Gobernación de 28 de febrero de 1964 por la que se regulaban los márgenes de beneficio profesional

de las oficinas de farmacia, provocó que la entrada en vigor se retrasase discretamente respecto a lo previsto en el Decreto anterior. En la orden se concretaba el margen escalonado, cifrado en un 30% en las especialidades con PVP inferior a 150 pesetas, manteniendo el mismo margen para las primeras 150 pesetas en los medicamentos de precio entre 151 y 500 pesetas, para los que se establecía un margen del 20%; el mismo procedimiento para los dos tramos citados se establecía para los medicamentos de precio superior a 500 pesetas, para cuyo resto se aplicaría un margen del 15%. Estos porcentajes se aplicaban por grupos de cinco en cinco pesetas, redondeando siempre por arriba el margen de cada grupo.

Los tipos establecidos no se modificaron hasta febrero de 1977, en el que mediante una orden de 8 de febrero del mismo Ministerio, del que dependía la Dirección General de Sanidad, manteniendo los mismos tipos se modificaron los tramos a los que eran aplicables, estableciendo éstos en 500 pesetas, de 501 a 750, y superiores a este último precio. Este sistema no fue sustituido por otro hasta enero de 1982, apenas un mes antes del acceso del PSOE al Gobierno de la nación.

a.4) La situación de las patentes y la industria con anterioridad a 1978.

Una peculiaridad propia de la situación del Estado español en el campo de los productos farmacéuticos con anterioridad a 1978 era la situación de las patentes.

A diferencia de lo que ocurría en otros países europeos, lo característico de las patentes de estos productos en España en aquella época era que las aceptadas en nuestro país se acogían al modelo de patente “de proceso”, en vez de al de “producto”. Con arreglo a ese procedimiento, bastaba con acreditar alguna diferencia no tanto o no sólo en el producto o en el formato como en el proceso de fabricación con respecto a productos ya patentados y registrados para que fuera posible patentarlo y comercializarse como un producto distinto, sin someterse al monopolio que, con arreglo al otro régimen, concede la patente a quien la obtuvo.

En los primeros años setenta se produjeron diversos movimientos para acercar los sistemas de patentes en general, y más en concreto las de los productos farmacéuticos. Entre ellos se pueden citar el Tratado de Cooperación en materia de Patentes, formado en Washington el 19 de Junio de 1970; el Convenio de Munich sobre la patente europea, de 5 de octubre de 1973, que entró en vigor el 7 de Octubre de 1978; y el Convenio de Luxemburgo de 15 de diciembre de 1975, por el que se estableció la patente de las Comunidades Europeas.

Con independencia de los criterios de definición de límites entre los efectos de unos y otros convenios y de las patentes correspondientes, lo más significativo es que en estos últimos se preveía la posibilidad de formular una cláusula de reserva a formular por lo países menos desarrollados tecnológicamente para la implantación del régimen de monopolio correspondiente a los productos incluidos en la patente europea hasta el 7 de octubre de 1992. España se adhirió a esa cláusula de reserva con motivo de su ingreso en la CEE en 1986, por lo que hasta la fecha citada se mantuvo en vigor el sistema de patentes de procedimiento o proceso mencionado.

El sentido político del mantenimiento de esa modalidad de patente no era otro que el de, en unas condiciones de desarrollo previo limitado por las políticas económicas autárquicas iniciales características del sistema político de la época en sus primeras etapas, propiciar el desarrollo de una industria farmacéutica propia, sustentada en sus inicios en el desarrollo de variantes de la fabricación de productos ya conocidos. Sobre el éxito a medio plazo de esa política, de sentido contrario a la tendencia a la concentración de los laboratorios que se ha ido poniendo de manifiesto a lo largo del tiempo, cabe albergar amplias dudas a la vista del número de laboratorios españoles que subsisten hoy día con una producción propia.

En todo caso el efecto más evidente del mantenimiento del sistema de patentes descrito fue la multiplicación de los medicamentos registrados y puestos a la venta, que en 1977 alcanzó la cifra de 18.560 formatos diferentes (Lobo, 1992, p.65) (cada presentación era objeto de un registro distinto. La cifra incluye asociaciones de medicamentos, que se desarrollaron ampliamente. No se dispone del número de marcas diferentes que existían en aquella época, que en todo caso diferenciaban sólo por la denominación atribuida por uno u otro laboratorio a muchos productos iguales).

Por su parte, los efectos de esa multiplicación de productos sólo diferenciados por la marca constituyó el caldo de cultivo y un estímulo manifiesto para el establecimiento de los mecanismos de incentivos a la prescripción que he mencionado antes. Mecanismos que, por otra parte, constituían el único instrumento de supervivencia al que agarrarse por parte de numerosos laboratorios farmacéuticos de pequeño tamaño que debían afrontar la competencia en un sistema que, desde principios de los años setenta, mostraba ya signos manifiestos de una clara tendencia a la concentración, con una situación de oligopolio de hecho por grupos terapéuticos por parte de un número reducido de empresas (Lobo, 1992, p. 182-186)

Por otra parte, una Orden de 28 de Octubre de 1967 de la Presidencia del Gobierno, “*por la que se estudia la intervención del capital extranjero en la industria farmacéutica española*”, abrió la puerta a la presencia de capital y empresas extranjeras en este campo. La norma sometía inicialmente a ciertos condicionantes de exportación de los productos, de utilización de materias primas o principios activos fabricados en España, y de desarrollo de actividades de investigación, la inversión mayoritaria de capital extranjero en la industria farmacéutica. Ni que decir tiene que con el paso del tiempo esas condiciones se fueron adaptando a las condiciones reales del desarrollo de esta industria en todos los países, con los efectos a medio plazo que se han comentado antes.

a.5) Otras regulaciones de interés en el ámbito farmacéutico previas a la Constitución.

Pese a la contradicción que podía suponer respecto a algunas de las medidas que se fueron adoptando en esta época, desde muy poco después de la “apertura” del mercado farmacéutico que supuso la promulgación del texto refundido de la Ley general de Seguridad Social apareció la preocupación por “*un uso inadecuado, superfluo o abusivo*” de la prestación farmacéutica “*que además de gravar su coste hasta niveles difícilmente sostenibles, no lleva consigo una correspondiente mejora de las condiciones sanitarias de la población*” . Los términos pertenecen a la redacción de la introducción del Real Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre, por el que se reguló la dispensación de especialidades farmacéuticas en el Régimen General de la Seguridad Social.

Lo que la norma citada desarrolló más en concreto fue el artículo 107 del texto refundido citado, en el que se preveía la definición de los casos en los que los beneficiarios deberían participar en el pago de los precios de los medicamentos. Se inauguraba así toda una serie de regulaciones de distinto carácter en las que, al pensar en el aumento del gasto farmacéutico, las medidas más inmediatas a las que se recurre, o las razones del aumento del gasto en las que se piensa, tienen ante todo que ver con el comportamiento de quienes consumen los medicamentos, y no con los de quienes los fabrican, los prescriben o los dispensan, a los que de manera bien cercana, como en este caso, y en sentido contradictorio con la preocupación por el gasto, se les han podido proporcionar mecanismos para incrementar su niveles de facturación y beneficios.

En el caso de la norma citada se estableció un criterio de participación de los beneficiarios de la prescripción que tenía que ver con el precio del medicamento dispensado: para los casos en los que el precio de éste fuera inferior a treinta pesetas, la

participación en el coste sería de cinco pesetas; por su parte, en todos los medicamentos de precio superior al de las treinta pesetas citadas, la cantidad de cinco pesetas se incrementaría en una peseta más por cada decena del precio del medicamento, sin que el importe total de la participación pudiera exceder de cincuenta pesetas.

La norma, que entró en vigor en enero de 1967, establecía también las excepciones a la aportación citada, que incluían los tratamientos recibidos dentro de las instituciones propias o concertadas de la Seguridad Social, y en las atenciones que tuvieran su origen en accidentes de trabajo o enfermedades profesionales. La aportación debería hacerse efectiva en todo caso abonándola en la farmacia que dispensara el medicamento correspondiente, a la que el INP haría efectiva la parte del precio que le correspondiera en cada caso por el procedimiento establecido en el convenio con las oficinas de farmacia previsto en la propia Ley, cuyas características he comentado en un apartado anterior.

En respuesta al “*sensible incremento de costes y desviaciones en el uso de la especialidades farmacéuticas*” que se seguía observando en 1972, y en desarrollo de la ley 24/1972, de 21 de Junio, sobre financiación y perfeccionamiento de la acción protectora de la Seguridad Social, se dictó una nueva norma, el Real Decreto 1417/1973, de 10 de mayo, sobre modificación de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social, que ya he citado al hablar de los mecanismos introducidos para el control de los precios. En los que se refiere a la aportación por parte de los pacientes, esta norma no cambió los mecanismos previstos de aportación, aunque sí incluyó entre las exclusiones de ésta a los pensionistas de la Seguridad Social. Estos criterios se mantuvieron en el Real Decreto 383/1977, también citado en el caso de la regulación de los precios.

Finalmente, un Real Decreto dictado el 14 de Abril de 1978, el 945 de ese año, por el que se dio “*nueva regulación a la aportación del beneficiario de la Seguridad Social en la dispensación de las especialidades farmacéuticas*”, cambió el régimen de aportación que se había establecido en 1966. En esta nueva norma se establecía que, para determinados medicamentos pertenecientes a determinados grupos y subgrupos terapéuticos que se fijaban en un anexo, la participación de los beneficiarios continuaría regulándose por lo establecido en el Decreto 3157, de 1966; en las demás especialidades farmacéuticas “comprendidas en la acción protectora de la Seguridad Social”, la participación del beneficiario consistiría a partir de entonces “*en el 35 % del precio de venta al público, redondeando la cifra a pesetas enteras*”.

a.6) Una consideración de la situación de las políticas farmacéuticas a la promulgación de la Constitución.

En los apartados anteriores he comentado los pormenores de las políticas desarrolladas y de las normas promulgadas para hacerlas efectivas en diferentes terrenos.

Lo que se trata de caracterizar aquí es que el resultado de la aplicación del conjunto de todas ellas en el momento de la Transición política fue, como venía destacándose desde años antes por observadores diferentes que he ido citando, que el crecimiento del gasto farmacéutico se convirtió en el problema central en este ámbito, a la vez que en el sector de crecimiento más importante en lo que todavía sólo era el esbozo de lo que se constituiría más adelante en el Sistema Nacional de Salud. Un crecimiento que lo fue año a año en términos absolutos en estas partidas, pese a que en términos relativos del gasto sanitario de la Seguridad Social se redujese su proporción²²⁶. Lo que hay que atribuir en especial al desarrollo que fueron adquiriendo otros niveles de atención, en especial la construcción y mantenimiento de centros hospitalarios, y el aumento con ello de otras partidas de gasto, en concreto las del personal de las plantillas de los nuevos centros creados.

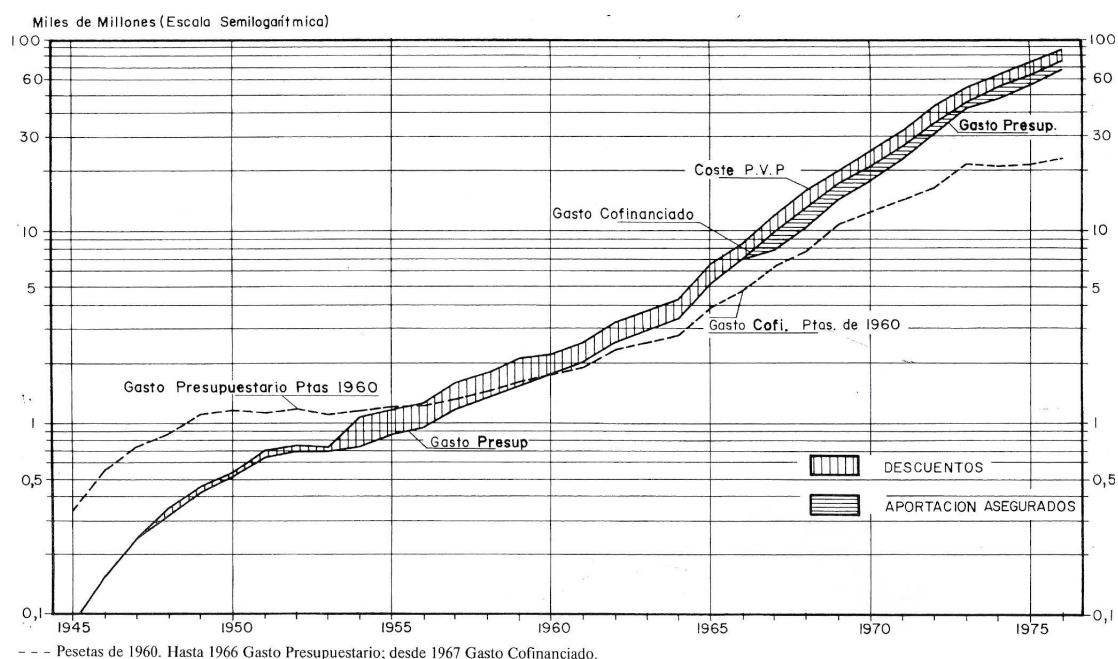
Según Félix Lobo (Lobo, 1992, p.83 a 87), del que se ha tomado el gráfico adjunto (Gráfico 5), cuya representación está hecha en escala semilogarítmica, el gasto público en farmacia creció de manera exponencial entre 1945 y 1976. *“Para que el gasto de 1947 se multiplicara por diez hubo que esperar hasta 1962, es decir, quince años. En cambio, sólo hubieron de transcurrir ocho años más y el gasto de 1970 ya casi duplicaba el de 1962... En términos constantes el crecimiento no es menos impresionante; sólo en los años de gran inflación (1950-51; 1957-59 y, sobre todo, 1974-76) el correctivo monetario suaviza su pronunciada pendiente... Entre 1948 y 1976, diecisiete años registraron crecimientos superiores al 20% en términos corrientes y sólo seis los tuvieron inferiores al 10%. Entre 1964 y 1969 se produjeron los incrementos más fuertes ... esta fue la época en que tuvieron efecto las variaciones institucionales en la prestación farmacéutica relacionadas con la Ley de Bases de Seguridad Social de 1963.*

²²⁶ De una proporción del gasto del 50% ya citada en páginas anteriores, según los datos del INE la proporción del gasto farmacéutico descendió a niveles de entre el 35 y el 40% hacia el final de este período (citado por F. Lobo, op. Cita p. 86-88)

En segundo lugar, hay que resaltar que el gasto presupuestario de farmacia de la Seguridad Social suponía en el período considerado una magnitud absoluta muy importante. Casi setenta mil millones de pesetas en 1976. Para comprender el significado de esta cifra basta resaltar que equivalía a algo más del 50% de los gastos previstos para el Ministerio de Educación y Ciencia en el mismo año, que, a su vez, eran los más elevados de todos los del presupuesto del Estado...

Conviene comparar también el gasto cofinanciado de farmacia con las restantes magnitudes de la Seguridad Social para aproximarnos en términos de los “usos alternativos” más próximos al coste de oportunidad en que se incurría con aquél. La comparación sólo puede ser parcial por las imperfecciones de la información contable y estadística de la Administración social española ...(transferencias a favor de las familias en forma de pensiones o indemnizaciones por jubilación, desempleo, etc., ... sueldos y salarios del personal sanitario y gastos totales de la asistencia sanitaria). A pesar del crecimiento muy fuerte que estas últimas experimentaron a partir de la Ley de Bases (1967), los gastos farmacéuticos recuperaron terreno e incluso en los años 70, cuando aquellos aceleran, éstos no se quedan a la zaga”.

Gráfico 5. Gasto Público en farmacia de la Seguridad Social (1944-1976) en miles de millones de pesetas corrientes.



Fuente: Lobo F. (1992). Medicamentos. Política y Economía.

La comparaciones que se efectúan en el mismo texto (p. 91-93) con la proporción del gasto farmacéutico con respecto al gasto sanitario total de otros sistemas sanitarios en la misma época deben acogerse con cautelas, debido al diferente desarrollo

alcanzado por cada sistema en aquel momento: el español era por entonces un sistema “de Seguridad Social”, que en aquella época limitaba la cobertura sanitaria a una proporción todavía restringida de los trabajadores por cuenta ajena.

Aún así, la proporción del gasto farmacéutico respecto al sanitario total de los sistemas de Seguridad Social existentes en otros países (en el texto se comparan los de Holanda, Alemania e Italia, que tenían sistemas de esas características en aquel momento) era en 1970 respectivamente del 16, 21 y 27 %, entre 30 y 15 puntos porcentuales por debajo de la proporción estimada en el caso del sistema de Seguridad Social (incompleto) español. En el caso del NHS inglés, el modelo característico de Servicio Nacional de Salud, la proporción del gasto farmacéutico respecto al gasto sanitario total se venía manteniendo desde su creación en una proporción de alrededor del 10%.

Por muchas cautelas que se deban establecer en la valoración de esas cifras, las disparidades observadas marcaban ya una tendencia diferencial significativa, que en la actualidad se viene manteniendo en alrededor de diez puntos porcentuales en las estadísticas de gasto sanitario publicadas anualmente por la OCDE.

Que el crecimiento del gasto farmacéutico fuera ya entonces el principal problema de las políticas en esta área permite a su vez sugerir que, aunque muchas de las medidas que se han descrito pretendiesen justificarse, al menos parcialmente, como encaminadas al control de aquél, su configuración traducía, sin embargo, la defensa, o al menos la atención dominante, de intereses distintos, los de aquellos sectores que incrementaban sus beneficios por unas u otras vías con el aumento del gasto.

De la importancia que se seguía atribuyendo a esta porción del gasto sanitario pueden servir como referencia final de este período las citas de los textos de los Pactos de la Moncloa suscritos al inicio de la Transición democrática que figuran en la página 192, en los que las únicas referencias a cuestiones sanitarias son las relativas a los mecanismos y formas de control del crecimiento del gasto farmacéutico.

b) Las políticas farmacéuticas en la Constitución española de 1978 y hasta el acceso del PSOE al Gobierno.

Que el período indicado incluya sólo un plazo de unos cuatro años no resta importancia a las medidas que se adoptaron durante el mismo.

Por un lado, este intervalo incluye el establecimiento de las condiciones más generales de la intervención de las Administraciones públicas en el mercado

farmacéutico a través de la Constitución de 1978, configurando con ellas un marco general que no se ha cambiado.

Sin embargo, otra de las razones que justifican analizar de manera específica las medidas adoptadas en este plazo es que, pese a haber sido adoptadas en el contexto de la situación general de aceleración y turbulencia políticas que caracterizaron aquellos años, algunas de ellas persisten todavía en la forma en la que se adoptaron entonces. Lo que, aunque no sea una cuestión específica y propia sólo de estas políticas (he comentado situaciones semejantes en otros terrenos, como el de la enfermería, la atención primaria o la formación de especialistas), constituye por sí mismo un instrumento de valoración no tanto de su adecuación o no a las circunstancias y los objetivos del momento, sino también de la intensidad y la calidad del ejercicio político posterior.

b.1) La distribución de competencias en materia de farmacia y productos farmacéuticos en la Constitución de 1978.

Dentro de la falta de especificidad que caracterizó la referencia a las cuestiones sanitarias en la Constitución, en el caso de las relacionadas con las políticas farmacéuticas la Constitución contiene al menos una expresión taxativa relativa a los productos farmacéuticos: en el apartado 16 del artículo 149 del texto, que es el que se refiere a las competencias “*exclusivas*” (de la Administración General) del Estado, se incluye entre ellas la “*Legislación sobre productos farmacéuticos*”. Tal especificación no excluye, sin embargo, las posibilidades de desarrollo reglamentario y ejecución, en ése como en los otros campos caracterizados como “*exclusivos*” de la AGE, por parte de las CCAA.

La Constitución no especifica más en algunos de los restantes ámbitos de las distintas políticas farmacéuticas (como la compra de productos por los servicios de salud; o la regulación de las actividades de distribución y dispensación) a las que hacía referencia al principio de este capítulo. Y menos aún se hace referencia a las políticas relacionadas con el desarrollo de las empresas sectoriales.

De esas otras políticas, la de las compras habría que considerarla relacionada con el traspaso efectivo de los servicios de salud más importantes, los vinculados a la Seguridad Social, a cuya transferencia ya he hecho referencia en otros capítulos previos. Las condiciones ambiguas en las que se efectuaron los traspasos en esa materia, a las que ya he aludido anteriormente, han dado como resultado un ejercicio descoordinado por completo de esa función. Lo que redundará en detrimento económico del Sistema

Nacional de Salud en su conjunto como consecuencia de la nula utilización de las economías de escala y la ineficacia del casi monopsonio que ejerce en las compras de productos farmacéuticos el propio Sistema en el ámbito español.

Por su parte, la regulación de las actividades de distribución y dispensación de los productos farmacéuticos cabría englobarlos en lo que se ha venido en llamar “ordenación farmacéutica”, un ámbito de autoridad no definido de manera específica en la Constitución que, sin embargo, es el que se ha utilizado para realizar el traspaso de esas responsabilidades (con la dotación personal y material correspondientes) a las CCAA dentro del título general de “Sanidad e higiene”, cuyo ejercicio competencial (potestativo) atribuye el artículo 148.1.21 del texto constitucional a las CCAA.

La demanda de un traspaso efectivo de esa competencia, que sólo figuraba de manera expresa en los Estatutos de Autonomía de algunas CCAA, y que, integrada en el título más general, no hubiera precisado estrictamente de un traspaso específico, ha ido siendo demandado por aquéllas de manera escalonada a lo largo del tiempo, con frecuencia como mera justificación de la atribución de financiación adicional a cada una de las demandantes.

Por su parte, una vez recibido el traspaso, cada una de las CCAA ha ido estableciendo sus propias reglas en la determinación de los límites y condiciones de establecimiento de las oficinas de farmacia. Se trata de una función que ha alcanzado extremos considerados por muchos como excesivos, y que en los casos de algunas CCAA se ha encomendado temporalmente o de forma permanente a los Colegios de farmacéuticos del ámbito territorial respectivo, que en buena parte han llevado a cabo una labor sesgada en beneficio de los farmacéuticos ya propietarios de oficinas de farmacia, más dirigido a favorecer los intereses de éstos que a garantizar las condiciones más adecuadas de distribución²²⁷.

Hay, sin embargo, una cuestión relacionada con las oficinas de farmacia que merece una explicación especial, por cuanto puede servir de ejemplo del sesgo adoptado no sólo por algunas CCAA, sino también con carácter general, en la regulación de estas cuestiones.

En esa materia, un Real Decreto, el 909/1978, de 14 de abril, reguló pocos meses antes de la promulgación de la Constitución “*el establecimiento, transmisión o integración de las Oficinas de Farmacia*”. La norma no se refería a la propiedad de

²²⁷ Se puede ver a este respecto el trabajo de R. Meneu (2008).

éstas, ni a que esa propiedad quedara tan sólo reservada a los farmacéuticos titulados, una situación de hecho que entonces no estaba en cuestión, que, sin embargo, ha motivado un requerimiento al Estado español en época reciente por parte de la Unión Europea²²⁸.

Por el contrario, el Real Decreto citado, partía de un presupuesto distinto: como consta en su preámbulo justificativo, el de “*promocionar y prestigiar las funciones sanitarias y profesionales del Farmacéutico con Oficina de Farmacia abierta al público*”. A este objetivo se le añadía en el preámbulo de la norma, sin duda para resultar menos discutible, el de “*conseguir que el coste económico de la dispensación farmacéutica sea el mínimo y suficiente para un correcto servicio al público*”, sin que se pueda deducir fácilmente de la lectura del texto las razones que se supone deberían justificar la vinculación entre ambos, cuando el interés natural del farmacéutico es que el gasto aumente para lograr un nivel de beneficio mayor²²⁹.

Lo que la norma desarrollaba en su texto de hecho eran las condiciones para justificar el mantenimiento de la dispensación de los productos ya elaborados y manufacturados en manos de los farmacéuticos. Lo que lograba convirtiendo la dispensación en una actuación profesional sanitaria específica, para cuyo desarrollo el artículo primero de la norma establecía que “*la presencia y actuación profesional del Farmacéutico es condición y requisito indispensable para la dispensación al público de*

²²⁸ El artículo 103 de la Ley 14/1986 General de Sanidad es la primera norma que establece de manera expresa que “*4.Sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público*”. No hay que olvidar que otra de las cesiones a los farmacéuticos agrupados en torno a sus Colegios durante la elaboración de la LGS fue la renuncia a la dispensación de medicamentos para su consumo fuera de ellos por parte de los centros del Sistema Nacional de Salud, a la que ya he hecho alusión en el capítulo correspondiente a esa norma.

La cláusula relativa a la propiedad debe considerarse como una concesión añadida en la misma línea de reforzar los intereses de los farmacéuticos propietarios de las oficinas de farmacia, que son los representados de hecho por sus Colegios, en una época en la que reservas mencionadas en uno y otro sentido carecen de base razonable (se puede ver a este respecto el trabajo de R. Meneu repetidamente citado).

La última batalla (que no tiene por qué ser la definitiva) de ese conflicto de intereses se está librando ahora en el Tribunal de las Comunidades Europeas, ante el requerimiento presentado por la Comisión para la revisión de esa cláusula como atentatoria contra la libre competencia, un pleito en el que las posiciones corporativas, envueltas en la bandera del “modelo mediterráneo de farmacia”, han recibido el apoyo incomprensible del actual Ministerio de Sanidad español. Las esperanzas por parte de los Colegios de farmacéuticos españoles de conservar esa situación se han visto acrecentadas por una sentencia dictada el 19 de mayo de 2009 por el Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas ante un requerimiento similar presentado contra la República Italiana en la que se produce una situación semejante. La sentencia establece que la limitación legalmente establecida en el sentido indicado no vulnera la libre competencia, pero no puede negar que resultaría igualmente aceptable desde el punto de vista del derecho europeo la situación que se da de hecho en otros muchos países, en los que no existe esa limitación.

²²⁹ El rastro de este tipo de justificaciones y contradicciones se puede seguir a lo largo del tiempo en cuantos conflictos han surgido en relación con el mantenimiento de la situación privilegiada de esa parte limitada de la profesión farmacéutica, el más reciente el del juicio pendiente ante el Tribunal de las Comunidades Europeas citado en la nota anterior.

medicamentos y especialidades farmacéuticas”, sin que la colaboración de “*ayudantes o auxiliares*” sirviese de excusa para tal necesaria presencia y actuación.

Tales condiciones, en especial la de la presencia por parte de los propietarios, eran de dudoso cumplimiento en muchas de las oficinas de farmacia, sin que, por otra parte, parece que hubiera ningún interés expreso o tácito de modificar esa situación con perjuicio de los farmacéuticos propietarios, un colectivo limitado dentro del grupo de profesionales que dispusieran de la correspondiente titulación.

En consecuencia, y con un fin inequívoco de mantener el *statu quo*, lo que la norma previó, además de otras condiciones pormenorizadas de las distancias en las que se podrían establecer las oficinas de farmacia, sin duda con el fin de garantizar determinados niveles de ingresos por parte de todas las oficinas, fue la posibilidad de dictar “*cuantas normas sean necesarias para el desarrollo y aplicación de los dispuesto en el presente Real Decreto*”.

Tal desarrollo no se produjo hasta el año 1980, un año después de la aprobación de la Constitución, mediante una orden de 17 de enero, “*sobre funciones y servicios de la Oficinas de farmacia*”. En esta norma, dejando al margen su justificación formal, se establecían determinadas figuras (farmacéutico regente, sustituto o adjunto) que permitían justificar la ausencia del propietario, quedando garantizada, sin embargo, la presencia de “*un*” farmacéutico, que, sin embargo, carecía de relación alguna con la propiedad de la oficina. En los casos de numerosas provincias el registro de regentes, adjuntos o sustitutos se encomendó a los Colegios profesionales respectivos, labor que llevaron a cabo sin requerir para ello siquiera en muchos casos la existencia de relación contractual alguna. Los farmacéuticos propietarios veían así abierto el camino para mantener todas las ventajas de la limitación de la propiedad a farmacéuticos titulados, a la vez que se veían exentos de la obligación de presencia, que podía verse dificultada por el desempeño de otras actividades, incluso en el sector público.

Ésa era de hecho la situación de una parte significativa de los farmacéuticos funcionarios que ejercían su actividad en la Dirección General de Farmacia, que vieron así facilitado el mantenimiento de su doble función. El significado del mantenimiento simultáneo de ambas situaciones constituye un ejemplo manifiesto de lo que en términos de conflicto de intereses se ha llamado la “captura del regulador” por el regulado, cuyos efectos no hay que considerar necesariamente limitados tan sólo al ejercicio de su propia profesión y, en consecuencia, a la “ordenación farmacéutica”,

aunque esté claro que en este terreno esos efectos tuvieron²³⁰ su propia y más genuina expresión.

Que los conflictos de intereses correspondientes tuvieron algún papel en las características de las regulaciones citadas quedó claramente de manifiesto cuando algunos años más delante se trató de poner coto a esa situación mediante la aplicación de la Ley 53/1984, de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, a cuyas condiciones generales he hecho ya mención en el capítulo anterior, desde un ámbito externo al del propio Ministerio de Sanidad.

A la hora de aplicar dicha norma a los funcionarios de cuerpos de farmacéuticos, el Ministerio de la Presidencia, luego el de las Administraciones Públicas (MAP), encargado de tal aplicación, debió afrontar de entrada el argumento formal de que las figuras de farmacéutico regente, adjunto o sustituto descritas, que derivaban de una norma preconstitucional, aunque con un desarrollo posterior a la Constitución, y justificaban por la forma en que se venían aplicando el mantenimiento de las dos situaciones citadas, el de la propiedad de la farmacia y el puesto público, no podían cambiarse si la modificación no se llevaba a cabo con una norma con rango de ley. Lo que se justificaba en aplicación de lo previsto en el artículo 36 del texto constitucional, incluido en la sección segunda (*“De los derechos y deberes de los ciudadanos”*) del capítulo segundo (*“Derechos y libertades”*) del Título primero (*“De los derechos y deberes fundamentales”*) de la Constitución, que establece que *“la ley regulará...el ejercicio de las profesiones tituladas”*.

A pesar de lo discutible del argumento, dado que la orden ministerial citada era de elaboración posterior a la Constitución, la búsqueda de seguridad jurídica en la aplicación de la Ley de incompatibilidades, que estaba siendo combatida en otros muchos terrenos, en especial en el ámbito sanitario, dio lugar a que se optase por buscar esa modificación de las figuras en el ámbito de una ley. Para ello se hicieron gestiones expresas desde el ámbito del MAP ante el de Sanidad, que estaba por entonces tramitando la Ley del medicamento, finalmente aprobada en 1990, para que una modificación de las figuras citadas realizada en el ámbito de esa ley permitiese evitar que se convirtiesen en justificación para el mantenimiento de situaciones como las que

²³⁰ Y probablemente siguen teniendo: no parece que existan otras muchas justificaciones razonables para el apoyo del Gobierno español, y diferentes gobiernos autonómicos, a lo que se viene llamando el “modelo mediterráneo de farmacia” ante el requerimiento formulado por la Unión Europea al que he hecho referencia en la nota 228 anterior, cuyo mantenimiento beneficia tan sólo de manera sesgada, y con resultados evidentes de ineficiencia, a una parte limitada de quienes disponen de la mencionada titulación.

se han mencionado. En el tramo final de la elaboración de la ley, y sin advertencia previa a quienes desde el MAP habían promovido esa modificación, el texto de la Ley del medicamento salido del Mº de Sanidad eliminó cualquier referencia a esa cuestión. Lo que permitió ampliar el plazo de mantenimiento de situaciones como las descritas, finalmente desaparecidas tan sólo en la mayor parte de los casos por razones de retiro o jubilación de quienes se encontraban en esa situación.

Lejos de constituir una anécdota, el relato de la sucesión de hechos citada permite sugerir esa situación como una buena expresión de cómo en el período que se está analizando ahora se sentaron algunas bases objetivas para que las regulaciones realizadas en el campo de la farmacia y los medicamentos estuvieran después sometidas no sólo a los poderosos intereses industriales y corporativos externos más evidentes, sino incluso a que la influencia de esos intereses encontrase una vía añadida de expresión en el propio interior de la organización sanitaria que debía llevar a cabo su regulación.

b.2) Otras actuaciones durante este período

2.1) En el campo de los conciertos con las Oficinas de farmacia y la industria.

En el caso de la industria farmacéutica se firmaron durante este período dos nuevos convenios, uno en 1980 y otro en 1981.

Por su parte, con las Oficinas de farmacia se firmó un solo convenio en 1982.

Lo característico de unos y otro es que en todos ellos, como se recoge de manera resumida en los dos cuadros anteriores, se mantuvieron las condiciones de los convenios firmados antes de la Constitución. Es cierto que en el caso de los convenios con la industria el descuento aplicado por ésta a la facturación del INSALUD se fue progresivamente reduciendo, siendo los porcentajes del 7 y el 5,5% respectivamente en cada uno de los convenios de 1980 y 1981. El descuento en esta clase de convenios no desapareció, sin embargo, por completo hasta 1983, ya con Gobierno del PSOE. Por su parte, el descuento por las oficinas de farmacia había desaparecido ya en el convenio de 1977, previo a la Constitución.

2.2) En el campo del registro de medicamentos, precios y márgenes.

La actuación en todos estos terrenos durante este período se caracterizó igualmente por el mantenimiento general de las condiciones objeto de la última regulación durante el período anterior.

El número de formatos de medicamentos, que había alcanzado su pico en 1977 (18.560 formatos registrados), se mantuvo, con algunas oscilaciones, más o menos

estable hasta 1981 (18003 formatos registrados según la base de datos Espes de la Dirección General de Farmacia). Conforme a la pauta señalada antes, esa estabilidad relativa global no presupone la ausencia de movimientos, pues, como he indicado previamente, la actividad en este campo supone el lanzamiento continuo de nuevos productos de precio más alto al mercado²³¹. Por lo que cabe interpretar que el mantenimiento de una cifra más o menos estable supuso la retirada de un número significativo de productos, una pauta que se acentuó a partir de 1982, con el PROSEREME, un programa de selección de medicamentos puesto en marcha que dio lugar a que en 1987 el número de formatos en el mercado español fuera de 10.378 según la misma fuente citada antes (los datos disponibles permiten conocer que en ese mismo año el número de marcas comerciales en el mercado fuera de 4.900) (Lobo, 1992, p.65)²³².

Aunque sin datos numéricos precisos disponibles, los movimientos tendentes a la reducción del número de formatos de especialidades existentes en el mercado comenzaron desde de los inicios de este período a acompañarse de la reducción del número de laboratorios nacionales, de manera significativa los de pequeño tamaño y bajo número de empleados. Muchos de ellos vinculaban su supervivencia a un número reducido de productos iguales a otros en el mercado, sólo diferenciados con arreglo al sistema de patentes de proceso por algunos detalles de éste. Esos laboratorios sólo se aprovechaban temporalmente de los precios que les habían sido autorizados pero que no eran revisados, siendo absorbidos por otros laboratorios nacionales o extranjeros, o simplemente desapareciendo como líneas de producción.

En el ámbito de registro no se produjo ninguna modificación sustantiva durante este período, con la excepción de la creación de un registro específico de especialidades farmacéuticas publicitarias, lo que tuvo lugar mediante un Real Decreto, el 2730, de 19 de octubre de 1981. Ese registro, destinado a agrupar a las especialidades farmacéuticas

²³¹ Según la publicación de Farmaindustria *La industria farmacéutica en cifras. 1993*, el número de presentaciones farmacéuticas de nueva comercialización en esos años fue en 1981 de 368, frente a 1.010 desaparecidas. En 1982 esas cifras fueron de 375 y 1421 respectivamente. Los datos no coinciden de manera exacta con los de la Dirección General de Farmacia citados antes, pues el número de presentaciones en el mercado en 1981, cuya definición puede no corresponder exactamente a la de la Dirección General mencionado antes, era en 1981 según el texto de Farmaindustria de 13.460. De ellas en el mismo texto se indica que unas 4.000 presentaciones tenían ventas inferiores a 100 envases al año. Sean o no coincidentes de manera más o menos exacta, una y otras cifras reflejan de manera adecuada las tendencias que se describen en el texto a la reducción del número de productos y, con ello a la concentración, principalmente por desaparición de laboratorios nacionales de pequeño tamaño, del número de éstos. Unas tendencias que sobrepasan tanto hacia atrás como hacia delante los años precisos del período analizado en este caso.

²³² La cifra para ese año es muy similar (10.282) en la publicación citada de Farmaindustria.

destinadas al alivio de síndromes o síntomas menores, eximía a los laboratorios que pretendieran desarrollarlas del estudio económico previo a su autorización y a la simultánea determinación de su precio, y su desarrollo se llevó a cabo mediante una Orden de 17 de septiembre de 1982.

Como en el caso del registro, este período se caracterizó también por la ausencia de variaciones en la regulación de los precios, que se mantuvieron sin variación, en lo que afectaba a los productos ya comercializados, hasta 1984, bien entrado el primer período de gobierno del PSOE.

En dos ocasiones en las que se modificó, reduciéndola, la relación de productos sometidos al régimen de precios autorizados, la primera mediante una orden de 14 de Octubre de 1980 y la segunda mediante otra del 28 de octubre de 1981, en ambos casos del Mº de Economía y Comercio, se ratificó la decisión de mantener las especialidades farmacéuticas bajo ese régimen de control.

Por el contrario, la regulación de los márgenes profesionales, que venían manteniendo hasta entonces una estructura escalonada con arreglo al precio de los medicamentos, sufrió una modificación sustancial (y muy poco justificada mediante una argumentación muy débil, que no tenía para nada en cuenta los efectos globales de la medida, en términos de coste para el Sistema): mediante el Real Decreto 86/1982, de 15 de enero, cuyo texto consta de un solo artículo diferente al de la fijación de su entrada en vigor, y cuyo preámbulo, de muy pocas líneas, sólo alude a que *“la experiencia acumulada desde la promulgación del indicado Decreto (2464/1963) ha puesto de manifiesto que la aplicación de márgenes escalonados ha originado problemas en los sistemas y mecanismos de facturaciones y demás operaciones comerciales, que no se traducen en ningún beneficio apreciable para el consumidor, por lo que es aconsejable que los márgenes sean determinados mediante la fijación de un porcentaje único”*, se modificó el sistema de márgenes en el sentido indicado. El margen, según el artículo único de la norma, debería aprobarse por Acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, a propuesta conjunta de los Ministerios de Economía y Comercio y de Sanidad y Consumo, previo informe de la Junta Superior de Precios.

Una Orden del Ministerio de la Presidencia de 22 de enero de 1982 estableció que *“el beneficio profesional en las Oficinas de Farmacia por dispensación y venta al público de especialidades farmacéuticas se fija en el 30% sobre el precio de venta al público”*. Cabe recordar al respecto que la Orden previa, de 1977, que regulaba esta

cuestión de manera adaptada al sistema de precios escalonados, establecía ese porcentaje de margen tan sólo para los medicamentos de precio más barato, previsiblemente los más antiguos, si se tiene en cuenta el sistema de establecimiento de precios repetidamente comentado, y que la actividad de los laboratorios, por las mismas razones, se orientaba, como sigue ocurriendo, al fomento por unas u otras vías de los medicamentos más recientes y, con ello, más caros, sin ninguna valoración adecuada de los beneficios añadidos que pudieran aportar con respecto a los ya registrados.

Las contradicciones aparentes del sistema no han evitado, sin embargo, que con independencia de algunas variaciones en la cuantía, que se comentan más adelante, este sistema de márgenes fijos permanezca todavía en vigor desde aquella regulación.

2.3) En el campo de la aportación de los usuarios.

En este campo, el artículo segundo del real Decreto 1605/1980, de 31 de Julio, fijó en un 40% del precio de venta al público el porcentaje de participación de los beneficiarios de la Seguridad Social con derecho a prestaciones farmacéuticas en la obtención de las mismas, sin modificar el mecanismo de cobro por parte de la farmacia que había sido puesto en marcha por la regulación anterior.

Como he comentado en otros apartados anteriores, este porcentaje, que exime de cualquier pago a los perceptores de cualquier clase de pensión dentro del régimen general de la Seguridad Social, permanece también inalterado hasta ahora, pese a que habría razones justificadas para poner en cuestión la equidad de esta regulación. Esta situación se debe sin duda a que se acompaña de toda clase de prevenciones acerca de los costes políticos que supondría su modificación, lo que determina que ninguno de los partidos que ha ejercido el Gobierno hasta ahora se haya planteado su cambio, un camino que podría seguir sistemas diversos, alguno de ellos ya sugerido por el Informe Abril, ya comentados en un apartado anterior. Las reacciones suscitadas en ese caso por las organizaciones de pensionistas actuaron de vacuna de efectos prolongados contra cualquier veleidad reformista posterior.

Pese a todo, las críticas a este sistema se suceden sin descanso, poniendo de manifiesto que el gasto farmacéutico efectuado se desvía hacia la población que no tiene que realizar aportación alguna en una proporción muy superior a la que cabría esperar de una distribución del consumo adecuada a las necesidades de tratamiento previsibles en cada grupo, pese a que éstas sean superiores en la población que percibe pensión. Los intentos de demostrar mediante el control masivo de recetas que se produce una desviación de la prescripción inadecuada hacia los exentos de aportación para su

consumo por otros grupos de población han resultado siempre infructuosos, pese a lo cual se sigue manteniendo ese criterio acusatorio de fraude sin ninguna prueba fehaciente que lo soporte, sin llevar a cabo tampoco ninguna modificación en esta regulación.

b.3) Una valoración general de las medidas adoptadas durante este período.

Si la valoración de las medidas de este período hay que hacerla en relación con lo que a su inicio constituía el problema más importante de la prestación farmacéutica del SNS, que no era otro que el aumento creciente del gasto en esta partida, habría que considerar que las políticas farmacéutica en este período constituyeron un fracaso absoluto. Así se deduce de las cifras de crecimiento del gasto en esos años, evaluada por distintos conceptos, que se representa en la Tabla siguiente.

Tabla 22. Gasto Público de la prestación farmacéutica 1980-1986 en millones de pesetas corrientes.

A Ñ O S	1 POR RECETAS DE ESPECIALIDADES		2 POR RECETAS DE F. E. Y A. (*)		3 TOTAL CONSUMO 3 = 1 + 2		4 CONTRIBUCION DE LOS ENFERMOS		5 GASTO PUBLICO EN ASISTENCIA FARMACEUTICA PRIMARIA 5 = 3 - 2	
	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior	Valor absoluto	% año anterior
1980	121.859	—	4.584	—	126.443	—	22.122	—	104.321	—
1981	145.665	19,5	6.484	41,4	152.149	20,3	28.856	30,4	123.293	18,2
1982	172.985	18,8	9.330	43,9	182.315	19,8	31.249	8,3	151.066	22,5
1983	189.353	9,5	9.806	5,1	199.159	9,2	32.390	3,7	166.769	10,4
1984	200.128	5,7	11.578	18,1	211.707	6,3	33.359	3,0	178.348	6,9
1985	219.459	9,7	14.934	29,0	234.393	10,7	35.481	6,4	198.912	11,5
1986	230.044	4,8	19.344	29,5	249.388	6,4	35.293	(—0,5)	214.095	7,6
TASA ANUAL ACUMU- LATIVA DEL PERIO- DO	11,7		27,12		12,0		8,1		12,7	

(*) Fórmulas magistrales, efectos y accesorios.

Fuente: INSALUD, Servicio de Prestaciones Farmacéuticas, *Prestación farmacéutica por receta e Indicadores de la prestación farmacéutica*, mes de diciembre de los años 1980, 1981 y 1982, volumen 1, n.º 7, de diciembre 1983; volumen 2, n.º 12, de diciembre 1984; volumen 3, n.º 12, de diciembre 1985, y volumen 4, n.º 12, de diciembre 1986.

Fuente: Lobo F. (1988). El gasto público en prestación farmacéutica.

El análisis global de las medidas adoptadas permite, sin embargo, sugerir que el objetivo de la mayoría de ellas no era ante todo la racionalización y el control del gasto, en contra de lo que incluso en los Pactos de La Moncloa se estableció que debía ser la principal orientación²³³.

Por el contrario, de ese análisis se puede deducir sin sesgo alguno que algunas de la que predominaron (modificación del sistema de márgenes de las oficinas de farmacia; facilitación del monopolio en la dispensación de los medicamentos por los farmacéuticos propietarios de aquéllas; mantenimiento del sistema de convenios para

²³³ Ver a este respecto el texto de los Pactos de la Moncloa referido a la prestación farmacéutica reproducido en la página 192

regular la relación entre el INSALUD y las mismas oficinas de farmacia) condujeron a reforzar los intereses ante todo económicos de ese grupo profesional, representado por los Colegios, que, como he repetido, constituía tan sólo una parte de la profesión.

De la misma manera, el mantenimiento de la aparente congelación de los precios, sorteado por el lanzamiento continuo de nuevos productos al mercado al amparo del mantenimiento de una legislación sobre patentes cuyas condiciones no se pusieron en cuestión, y del sistema de conciertos con la industria, contribuyeron también al incremento del gasto y, con ello, a mantener unos niveles de beneficios crecientes por parte de aquélla que se fueron consolidando como una tradición que no cabe poner en cuestión.

Frente a esas medidas, es de destacar que fue precisamente en este período donde se estableció la proporción de aportación a la compra de los medicamentos por parte de los usuarios que sigue vigente todavía, aumentando la que estaba en vigor previamente. Una medida que, con independencia de la valoración de su equidad en la forma en que está establecida, tampoco puede considerarse eficaz de cara al control del gasto global en farmacia, sobre todo si se observa en el cuadro anterior cómo de manera casi inmediata a su implantación en 1980 la proporción del gasto sustentada por esa vía sufrió una drástica reducción, una tendencia que se ha seguido manteniendo posteriormente, dando lugar a las consideraciones que ya he comentado.

Sin embargo, lo más importante quizás del conjunto de medidas adoptadas en este período, que globalmente puede considerarse como decisivo por los cambios políticos generales que se introdujeron durante el mismo, es que parece como si las posibilidades de regulación de los asuntos farmacéuticos en el nuevo Estado democrático hubiera quedado cristalizada en las formas de relación con al menos dos de los agentes principales en este sector, la industria y los Colegios, que se establecieron en esa época.

De ello pueden servir de prueba de un lado los escasos cambios novedosos que se introdujeron posteriormente en este terreno, según la descripción que se realiza a continuación. De otro, la permanencia hasta la actualidad de algunas de las medidas adoptadas en ese período en condiciones idénticas, o casi iguales, a las del momento de su promulgación.

Como razón para que en un período tan específico como el descrito se orientaran las medidas en el sentido indicado, favorecedor con preferencia de los intereses de los sectores señalados, se puede quizás apuntar la hipótesis, añadida a la de la “captura del

regulador por el regulado”, justificada en un apartado anterior en lo que se refiere a puestos de carácter funcional, del desempeño de las responsabilidades políticas en ese área por personas que, procedentes del sector y conocedoras del mismo, pasaron después a desempeñar cargos en las organizaciones industriales del propio sector. Una situación que ha tenido numerosos ejemplos de continuidad en los períodos posteriores hasta la actualidad sin distinción de colores políticos.

c) Las políticas farmacéuticas desde diciembre de 1982.

La fecha indicada marcó el acceso del PSOE al Gobierno de la nación, un cambio sustancial en el panorama político español, por cuanto suponía el retorno al Gobierno de los sectores que, en sentido amplio, habían sido desalojados del mismo mediante el golpe de estado de 1936. Este se había seguido de la Guerra Civil, un largo período de casi cuarenta años de dictadura, y un período de gobierno de cuatro años de un partido, la Unión de Centro Democrático (UCD) constituido por sectores reformistas del régimen anterior, en amalgama, que no fusión, con ciertos sectores democristianos y socialdemócratas que habían formado parte más o menos activa de la oposición al propio régimen dictatorial, en especial en sus últimas fases.

La consolidación del nuevo Estado pasó en primer lugar por la elaboración de la Constitución, aprobada en diciembre de 1978. Pero, como he comentado en apartados y capítulos previos, el período de gobierno de la UCD estableció también ciertas orientaciones en las reformas que se fueron promoviendo que se constituyeron de hecho en un cauce limitativo de los desarrollos posteriores llevados a cabo por el PSOE.

Si hay un ámbito en el que esos cauces limitativos se hicieron patentes, al menos con una visión actual, como he tratado de demostrar en capítulos previos, fué en el de la sanidad: todo el diseño de lo que se denominó luego como el Sistema Nacional de Salud asienta sus raíces estructurales en el sistema de Seguridad Social de la dictadura, con algunos cambios introducidos en el mismo durante los años de gobierno de la UCD. Muchas de las limitaciones actuales del SNS derivan probablemente de ese origen, con el que no estableció una ruptura franca en ningún momento.

A su vez, si hay un ámbito dentro del sanitario en el que los cambios fueron aún más restringidos y siguieron una línea de continuidad más evidente con las políticas anteriores fue, como pretendo demostrar en el análisis subsiguiente, el de las políticas farmacéuticas.

En este campo no cambiaron ni siquiera los términos con los que referirse a las políticas, ni mucho menos aún los contenidos de éstas: las de relación con los sectores de presencia más relevante en este campo, la industria farmacéutica y los Colegios de Farmacéuticos, se siguieron guiando por el sistema de convenios que, como he descrito en los apartados anteriores, tiene su origen en el texto refundido de la Ley General de Seguridad Social de 1966. Siguieron igual también las políticas de fijación de los precios de los productos, dentro de un régimen de precios intervenidos, como política principal dirigida al control del sostenido incremento del gasto, pese a las evidencias de que se sorteaban sus efectos en esa línea con el lanzamiento continuado de nuevos productos de precio más elevado pero efectos similares o idénticos, al amparo de la legislación específica que permitía su registro y comercialización. Lo mismo se puede decir de la determinación de los márgenes comerciales y la aportación de los usuarios, esta última “congelada” en la forma y la cuantía diseñada por el gobierno anterior.

Una segunda característica peculiar añadida a las políticas en esta parte del sector sanitario es que, a diferencia de lo elaborado en el marco más general, donde mediante la Ley 14/1986, General de Sanidad, pese a todas sus deficiencias, se trató de establecer siquiera por los responsables de las políticas sanitarias un nuevo marco de legitimidad y referencia común, esa aspiración no estuvo presente en el ámbito de las políticas farmacéuticas. La Ley del medicamento, promulgada en 1990, supuso una actualización de ciertas políticas, de manera destacada las referentes al registro de medicamentos, algo obligado como consecuencia de la adhesión a la CEE. Por el contrario, y aunque se trata de una valoración que se pretende justificar más adelante, el texto referido no sirvió para constituir un marco general de referencia para muchas otras políticas, e incluso algunas medidas innovadoras sugeridas en el texto fueron objeto de un desarrollo tan escaso y tardío que no puede decirse que el texto de la norma permitiese establecer un antes y un después general de referencia en el sector a partir de su promulgación.

Por esa razón la exposición que se hace a continuación no se articula en torno a la norma citada, como se hizo, por el contrario, en el caso de la Ley General de Sanidad. De manera diferente, en este caso se sigue un orden guiado por la referencia a las diferentes políticas en este campo que ha servido de hilo conductor a los apartados previos, a la vez que en el caso de la Ley del medicamento se hace hincapié en las medidas innovadoras introducidas en la norma, así como en su desarrollo posterior.

c.1) Las políticas farmacéuticas que no sufrieron modificaciones sustantivas.

1.1) Las relaciones con la industria y los Colegios de farmacéuticos.

Siguiendo el orden de exposición que he seguido en los apartados previos, las primeras políticas a las que hay que hacer referencia como incluídas entre las que el acceso al Gobierno del PSOE no supuso un cambio significativo con respecto a las desarrolladas en el mismo terreno con anterioridad a esa nueva situación son las de relación con los dos grupos de agentes con los existían convenios previos, es decir, la industria farmacéutica y los Colegios.

Dada la fuente de la que se tomaron, los cuadros previos en los que se especificaron las condiciones iniciales de los convenios los firmados con unos y otros se extienden hasta incluir los firmados hasta 1986 con la industria, es decir, casi cuatro años después de que el PSOE accediera al Gobierno, y, en el caso de los firmados con los Colegios de farmacéuticos, el firmado por éstos con el INSALUD en 1982, de manera inmediatamente anterior al cambio político señalado.

Una vez producido éste, la política de firma de convenios se recuperó más precozmente en el caso de los Colegios para la facturación por las oficinas de farmacia. Probablemente porque el motivo de esta clase de convenios no permitía demora alguna, puesto que se trataba de facilitar la dispensación de los medicamentos por las farmacias, actuación que en los primeros años de gobierno del PSOE se rigió por las reglas establecidas en el convenio inmediatamente anterior a esa situación. Por el contrario, la firma de convenios con la industria tardó mucha más en recuperarse, y no lo hizo hasta el año 1995.

Habría quizás que suponer que en este otro caso las circunstancias no eran tan apremiantes, puesto que la firma del convenio se debería orientar naturalmente ante todo al desarrollo de la industria farmacéutica, un objetivo más industrial y de empleo que sanitario; un área, por otra parte, en la que las posibilidades de intervención del Gobierno era reducida, más allá de ofrecer ventajas fiscales, salvo unas oportunidades razonables para el desarrollo de ensayos clínicos en los centros y con el personal del SNS.

Los años ochenta fueron viendo desaparecer del mercado por efectos de éste a un buen número de laboratorios farmacéuticos españoles, principalmente absorbidos como tales, o sus líneas de producción, por laboratorios extranjeros. Una evolución que, salvo algunas excepciones individuales concentradas principalmente en el área de Cataluña, y aún éstas de nivel secundario y con escasas perspectivas de desarrollo sobre

la base de una I+D autónoma, borró finalmente del horizonte la posibilidad de desarrollo de una industria farmacéutica española propia potente y competitiva con la de otros países. Por el contrario, el mercado farmacéutico español en el nivel de la producción pasó a convertirse principalmente en un área de interés para laboratorios extranjeros, que aprovechan para su producción los costes laborales más bajos respecto a otros países del entorno más próximo y se benefician a la vez de las condiciones favorables de nuestro Sistema sanitario, tanto para garantizar un alto nivel de consumo local, como un terreno adecuado para el desarrollo de ensayos clínicos de productos desarrollados principalmente fuera de nuestras fronteras. Y que traspasan principalmente sus beneficios al exterior vía los precios de transferencia, difíciles, sino no imposibles de controlar, con los que pagan a sus casas centrales de origen (Lobo, 1992, p. 188-209) .

1.1.1) Los convenios entre el INSALUD y los Colegios de Farmacéuticos.

En el caso de estos convenios, la primera renovación del convenio firmado en 1982, que extendió sus efectos hasta la firma del nuevo, tuvo lugar en 1988.

El firmado en este año no introducía más innovaciones sustanciales con respecto a los previos, que se venían firmando desde 1967, que las derivadas de los nuevos mecanismos de facturación y pago por la introducción de los medios informáticos en tales operaciones. El limitado desarrollo de esos medios disponibles en aquella época, que no permitía por ejemplo el desarrollo de la receta electrónica y la facturación desde las propias oficinas de farmacia, determinó la necesidad de un intermediario que garantizase la presentación en cintas magnéticas de los datos de facturación de cada una de aquéllas al INSALUD de cada provincia. Este papel fue asumido por la Organización Farmacéutica Colegial, firmante del convenio, que para llevar a cabo la grabación de los datos de facturación de cada una de dichas oficinas contrató a empresas especializadas en el desarrollo de esa actividad.

El interés de los datos de cada receta grabados, cuya extensión se fijó también en un anexo del convenio, algunos de los cuales permitían conocer, por ejemplo, los datos de la prescripción de cada uno de los médicos suscriptores de las recetas, llevó a que en el texto de aquél se especificase de manera precisa que *“la Organización Farmacéutica Colegial sólo podrá disponer y utilizar la información procedente de la mecanización de las recetas en lo relativo a la dispensación y con conocimiento expreso de la Administración. Estos supuestos se determinarán en el Anexo C”* (Cláusula sexta del convenio). Esta condición se ratificó en el anexo citado, en el que, sin embargo, se abrió

de alguna forma la posibilidad de usos diferentes a la dispensación al referirse en la misma a que “*la Organización Farmacéutica Colegial solamente podrá disponer y utilizar la información procedente de la mecanización de las recetas de la Seguridad Social encaminada a potenciar el uso racional del medicamento. En cualquier caso supondrá el respeto a la intimidad y al secreto profesional regulado en la Constitución. En protocolos que se formalicen de común acuerdo entre ambas partes podrán concretarse y desarrollarse los casos en los que la Organización Farmacéutica podrá utilizar la información obtenida de datos de la receta*”. Por la citada Organización se ha exigido siempre un reconocimiento expreso del exacto cumplimiento de esta cláusula en cuantas ocasiones se ha sugerido la posibilidad de un uso inadecuado de dichos datos (por ejemplo, para su derivación a la industria, que podría, en el extremo de su utilización más grosera, establecer la distribución de incentivos a los médicos en función de la prescripción efectuada), sin que se haya podido nunca comprobar de manera fehaciente una indebida utilización.

El coste de la grabación en cintas magnéticas no suponía ningún coste para el INSALUD, mientras se establecía en un anexo la forma en que se distribuiría por cada Colegio dicho coste entre las farmacias que superasen la cifra de venta media provincial por farmacia correspondiente a cada mes, y en proporción a la cantidad en que la superasen, quedando las que estuviesen por debajo de esa cifra exentas de aportación.

Lo que el convenio no establecía era el plazo en el que cada Colegio Provincial debería hacer efectivo el pago a cada una de las oficinas de farmacia. Se trata de un dato relevante, pues sencillamente con la retención en sus cuentas durante una o dos fechas de las cantidades importantes que suponía la facturación mensual de una provincia, permitía la obtención de ingresos adicionales importantes por los Colegios. Éstos, reforzados por esa vía, se constituyeron en los litigantes ante los tribunales más eficaces, merced a la contratación sin limitación de los mejores profesionales del derecho, en defensa de los intereses de los profesionales representados (de manera sesgada) por la corporación.

El convenio repetía de entrada la cláusula ya mencionada existente en convenios previos indicando que “*la dispensación...se efectuará a través de todas y cada una de Farmacia legalmente establecidas*”(cláusula 3). Y en el preámbulo reiteraba, como ya había hecho la Ley General de Sanidad, aprobada dos años antes, en su artículo 103.b), que “*...la dispensación en los Servicios de farmacia de los Hospitales, los Centros de salud y las Estructuras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud*” sería

“para su aplicación dentro de estas Instituciones, o para los que exijan una particular vigilancia y control del equipo multidisciplinar de salud”, otra cuestión que ha constituido un *leit-motiv* permanente en la defensa del interés económico de los propeuatrioos de la oficinas de farmacia, que ha tenido diversas expresiones en la tramitación de diferentes normas, como he comentado al hablar de la de la ley general de Sanidad.

El convenio contenía también cláusulas relativas a los procedimientos de pago²³⁴ y una casuística pormenorizada de los casos y los procedimientos y plazos de devolución de recetas, adaptadas unas y otras a las nuevas condiciones de facturación; asimismo contenía otras cláusulas relativas a la constitución de Comisiones provinciales y central de control y seguimiento, y a la regulación de la valoración del precio de las fórmulas magistrales. Ninguna de éstas modificaba en nada sustancial el contenido fundamental de los convenios anteriores.

Por otra parte, suscrito para el ámbito territorial del INSALUD no transferido a las CCAA²³⁵, preveía una duración de cuatro años a partir de su entrada en vigor, especificando que se consideraría prorrogado tácitamente por períodos anuales si no lo denunciase ninguna de las partes con tres meses de antelación a su fecha de vencimiento.

El 29 de abril de 1991 se suscribió una modificación de los Anexos A (Características de la dispensación) y C del convenio, este último el relativo al procedimiento de facturación, y lo mismo ocurrió respecto a la lista de principios activos y excipientes, incluida en el Anexo B, que se actualizó en octubre de 1992.

Siguiendo el sistema de prórrogas automáticas, el convenio continuó en vigor hasta diciembre de 1994, fecha en la que se suscribió un nuevo convenio de

²³⁴ En el anexo D (Procedimiento de pago) se establece que dentro de los diez primeros días del mes siguiente al que se refiriese en cada caso la facturación, cada Colegio provincial de Farmacéuticos debería entregar las facturas resumen mensuales por farmacia a la Dirección provincial del INSALUD. A su vez, los propios Colegios deberían notificar por telegrama, según se especifica, y con periodicidad mensual, a la Tesorería General de la Seguridad Social “*el día de la presentación de su respectiva factura resumen mensual en la Dirección Provincial del INSALUD y el importe al que asciende ésta*”. La Tesorería, “*entre el 15 y el 20 de cada mes*”, debía cursar orden de transferencia para el abono a cada Colegio provincial e su correspondiente factura.

²³⁵ Hay que recordar que para aquella fecha se habían realizado ya en 1981 y 1984 los traspasos a Cataluña y Andalucía, y el año anterior se realizaron los correspondientes a la Comunidad Valenciana y el País Vasco. Estas CCAA se venían acogiendo a un sistema de facturación similar, pero restringido a su propio territorio, derivado del convenio anterior. El nuevo convenio previó en una Disposición Transitoria la constitución de una Comisión de Seguimiento, designada por el Consejo Interterritorial (CISNS), “*con representación de las Administraciones Públicas y los Colegios Farmacéuticos*” para estudiar “*las incidencias observadas en las recetas para tratamientos de larga duración, para asesorar al CISNS sobre las medidas conducentes a una mejor utilización por usuarios y profesionales sanitarios*”.

características esencialmente similares a las del anterior, con la única diferencia de que en el nuevo se incluía una cláusula adicional primera por la que se establecía “*una colaboración especial durante los años 1994, 1995 y 1996 sobre el total de la facturación mensual líquida de la Oficinas de Farmacia*”, que en todo caso se vinculaba al pronto pago de las facturas²³⁶.

La lectura del resto de la cláusula, recogido en la cita a pie de página anterior, permite deducir la importancia económica de las rentas generadas por la disponibilidad del pago de la facturación con unos pocos días de diferencia. Esta consideración puede de servir como referencia a la valoración de los efectos potenciales de la disponibilidad por los Colegios de la facturación mensual de cada provincia que se ha hecho un poco más arriba. Pero puede servir también para poner en cuestión el esfuerzo real que suponía el compromiso de aportación citado en el convenio, y las vías de su posible compensación sin detrimento de los intereses de las farmacias, frente al refuerzo de su imagen de colaboración con la Administración que siempre ha sido cultivada por los representantes de la corporación. Imagen de la que se han derivado de manera continua ventajas para aquélla en el apoyo a sus planteamientos referentes a la organización de la dispensación.

El convenio, que hay que tener en cuenta que por los traspasos efectuados en los años anteriores dejó de tener efectos para las CCAA de Galicia, Navarra y Canarias, que comenzaron a tener sus propias relaciones, a través de su respectivo Servicio de Salud, con las farmacias de su ámbito territorial, renovó por completo los anexos del convenio anterior, introduciendo modificaciones más de detalle que sustanciales respecto a aquéllos.

²³⁶ El resto del texto de la disposición adicional citada era el siguiente: “...En 1994 se colabora con 3.800 millones de pesetas, que se detraerán de los pagos que realice el INSALUD durante los meses de agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre de 1995. La distribución entre los Colegios Provinciales se efectuará conforme con las cuotas de participación de cada provincia en la facturación líquida al INSALUD en 1994.

A partir del 1 de enero de 1995, las facturas se presentarán el día 10 del mes siguiente al que correspondan. Si dicho día fuera inhábil, se entregarán el primer día hábil anterior al 10 y se procederá de la manera siguiente:

a) Si el pago efectivo a los Colegios Oficiales de farmacéuticos se realiza dentro de los diez días naturales siguientes a la fecha de presentación de la factura por parte de los mismos, los Colegios en estos supuestos deducirán, en concepto de colaboración, un 2% de la factura líquida mensual.

b) Si el pago no se realizara en el plazo señalado anteriormente, pero se efectuara entre el día 11º y el 20º naturales desde la fecha de presentación de la factura, los Colegios detraerán, en concepto de colaboración, un 1,6% de la factura líquida mensual.

Transcurridos 20 días naturales desde el día de la presentación de la factura sobrepasando la fecha establecida, no se efectuará colaboración alguna”.

La cláusula relativa al uso de la información obtenible de la mecanización de las recetas quedó aún más difuminada, al establecer que “*cualquier otro uso* (no encaminado a potenciar el uso racional del medicamento, al que se refería ya el anexo del convenio anterior) *deberá contar con autorización expresa del INSALUD*”. A lo que se añadía en el nuevo convenio que “*en cualquier caso la información procedente de la mecanización de la recetas quedará sometida a la legislación y normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal*”, una referencia que podría resultar desorientadora en cuanto a la sugerencia de los problemas más importantes que se podrían derivar de un uso no previsto de la información.

Las cláusulas relativas a la vigencia del convenio y su posible renovación se redactaron en términos idénticos a los del anterior.

En la práctica, se cumplió de manera casi exacta su plazo previsto de duración, establecido en cuatro años, pues el diecisiete de noviembre de 1998, ya con el Gobierno del PP desde Julio de 1996, se firmó un nuevo convenio, que siguió en sus líneas más importantes la de los anteriores, suprimiendo en todo caso la referencia a cualquier clase de aportación por parte de las farmacias.

Como novedad, en cuanto a las previsiones económicas se incluyó en la cláusula correspondiente una referencia a la dispensación de pañales absorbentes de incontinencia de orina por las farmacias, una materia que había sido objeto de litigio entre éstas y algunos supermercados y grandes superficies comerciales, en el que para la dispensación individual las oficinas de farmacia obtuvieron una vez más el monopolio. En virtud de esas nuevas condiciones, que suponían una nueva fuente restringida de ingresos para los farmacéuticos propietarios sin base razonable, el convenio incluyó una referencia a que en la facturación de la dispensación de esos productos se aplicaría una deducción del 11% sobre el PVP, sin duda establecida en una proporción que no resultase perjudicial para los intereses, en este caso se puede decir que sólo económicos y sin ninguna justificación sanitaria, de aquéllos.

El interés económico preferente indudable que traducía una cláusula como la citada no excluyó que de manera simultánea se incluyera en el convenio otra cláusula adicional²³⁷ con la que se pretendía reforzar la imagen de la actividad en la oficina de

²³⁷ Esa cláusula establecía que “*se podrán establecer acuerdos para la aplicación de otros Convenios de colaboración y prestación de servicio sanitarios y profesionales, entre los Colegios Oficiales de farmacéuticos y el INSALUD, en la línea de prevención y promoción de la salud, información, seguridad y educación de la población, dentro del marco de la asistencia sanitaria gestionada por éste, tales como*

farmacia como una actividad esencialmente sanitaria, conforme a la línea de argumentación que ha recubierto desde siempre la defensa de los intereses, primordialmente económicos, de este sector conforme a su pasada y todavía actual configuración. La redacción de esa cláusula, como puede verse en su redacción textual en la referencia anterior, no desdeñaba en todo caso hacer una referencia expresa a los beneficios económicos que se podían derivar de ese reforzamiento de su función “sanitaria”, abriendo para ello el campo a la posibilidad de que en el futuro se pudiera añadir a la dispensación por las oficinas de farmacia la de algunos medicamentos reservados al uso hospitalario por sus propias características médicas, a las que, como era entonces ya habitual en estos casos, se añadía también un precio superior.

La duración de ese nuevo convenio de 1988 se extendió también durante cuatro años, un plazo que resultó coincidente con la culminación simultánea ya comentada de los traspasos del INSALUD a las diez CCAA que no los habían recibido hasta entonces. Lo que supuso en la práctica la desaparición del INSALUD, reconvertido en el Instituto de Gestión Sanitaria (INGESA) para la gestión de la asistencia sanitaria en Ceuta y Melilla.

Conforme a la descripción de los convenios realizada, no cabe decir que nada en la redacción de los mismos añadiera alguna ventaja a las condiciones de la dispensación de los medicamentos a cargo del SNS. Por el contrario, estos convenios, como pasó con los anteriores, añadieron ventajas adicionales a la consolidación del ejercicio monopolístico de la dispensación por parte de las oficinas de farmacia como conjunto, y de quienes mantenían o lograban acceder a la propiedad de las mismas. Una situación que ha logrado su más acabada expresión con la defensa por parte de la Administración española de las posiciones sostenidas por esos colectivos, representados principalmente por los Colegios y otras organizaciones paralelas, en las demandas más recientes planteadas por la Comisión Europea, a las que ya he hecho alusión.

1.1.2) Los convenios con la industria farmacéutica.

He hecho ya referencia más arriba al primer rasgo distintivo de estos convenios formalizados a partir de 1982, año en el que se formalizó el último que se podría considerar vinculado a la serie anterior: lo más característico es que la firma de un nuevo convenio con la industria no tuvo lugar hasta 1995, trece años después del previo

la realización de programas de Atención Farmacéutica, y programas piloto que estudien la viabilidad de la dispensación por las Oficinas de Farmacia de medicamentos calificados de Uso Hospitalario”

y sólo uno antes de que cambiara el Gobierno, que en 1996 pasó a ser del partido Popular.

La búsqueda de razones por las que, tras un período de ausencia tan prolongado, se recuperó este tipo de relación formalizada entre el SNS y la industria farmacéutica, no ofrece resultados de fácil justificación. Menos aún para que explicar que las nuevas relaciones puestas en marcha reprodujeran un planteamiento, el de establecer unos límites de crecimiento del gasto farmacéutico muy elevados y sistemáticamente por encima del crecimiento del PIB, por encima de cuyo nivel de incremento la industria se comprometía a realizar determinadas aportaciones al SNS.

La ineficacia de ese tipo de planteamientos para controlar el crecimiento del gasto farmacéutico, que continuaba siendo en aquella época un problema casi central del SNS, por la hipoteca que suponía para el desarrollo de otras áreas de gasto²³⁸, eran bien conocidas. De hecho, las críticas a ese tipo de relaciones que garantizaban un nivel de beneficios sobredimensionado a la industria se habían extendido, como he citado antes, incluso a algunos de quienes habían ejercido la responsabilidad de las políticas farmacéuticas de manera directa, bien es verdad que una vez habían abandonado dicha responsabilidad (Lobo, 1988).

El hecho es que el primero de esta segunda serie de convenios con la industria farmacéutica, firmado el 27 de Julio de 1995, tomó como justificación para su firma la necesidad de embridar el gasto público en general en las magnitudes a las que obligaba el Programa de Convergencia suscrito por el Gobierno, que tenía como objetivo una integración de las economías europeas que permitiera finalmente la implantación de la moneda única., y dentro de eso, la *“moderación del consumo farmacéutico (de manera compatible con las necesidades asistenciales de la población”*. Sin embargo, junto con ese objetivo, el preámbulo del convenio hacía también referencia a que *“la industria farmacéutica es un sector industrial en continuo progreso, líder en investigación y*

²³⁸ La más importante, la del personal, cuyo nivel retributivo se ha seguido manteniendo en niveles diez puntos porcentuales por debajo de los promedios correspondientes a los de otros países de nuestro entorno. En un artículo escrito años más tarde (Arrom Santiesteban, 2003) se advertía que ese porcentaje era similar a la desviación porcentual hacia arriba que supone de manera repetida el gasto farmacéutico respecto al gasto sanitario público en otros países según las series estadísticas de la OCDE. La solución que se proponía en el artículo citado era la del aumento de las retribuciones de los médicos en esa proporción, con lo que la proporción del gasto farmacéutico respecto al gasto sanitario público se reduciría a los márgenes que se dan en otros países con modelos comparables. Ese tipo de propuestas, fáciles de proponer a costa de un aumento sensible del gasto público, no tiene en cuenta que las diferentes partidas de un presupuesto actúan de manera competitiva entre ellas y forman parte de un criterio político de distribución y prioridad global común.

desarrollo e innovador en tecnología, cuya evolución requiere un marco de estabilidad y unas condiciones estimulantes que aseguren su ampliación y desenvolvimiento”.

El instrumento para hacer compatibles ambas orientaciones generales que era el propio convenio fijaba para ello en su cláusula segunda las condiciones generales que se reproducen a continuación:

“1. Ambas partes, conscientes de la actual coyuntura económica y de la necesidad de adecuación a las magnitudes contempladas en el Programa de Convergencia, convienen en la necesidad de una moderación del crecimiento del consumo de especialidades farmacéuticas en el Sistema Nacional de Salud.

Al cumplimiento de este objetivo encaminarán sus esfuerzos la Administración y Farmaindustria. La industria farmacéutica atemperará sus actuaciones con el objetivo de que el crecimiento de la facturación con cargo a la Seguridad Social durante la vigencia del presente acuerdo no supere el 7% anual.

2. A fin de garantizar el anterior compromiso, la industria farmacéutica aportará a la Administración, al final de cada año de vigencia del Acuerdo el 100% de su margen bruto correspondiente a las ventas que superen el crecimiento del 7% admitido.

A estos efectos, y según la base de datos que recoge la información económica y financiera presentada por las empresas ante la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios correspondiente al último año disponible, el margen bruto se evalúa en un 56,73% del valor de las ventas de especialidades farmacéuticas en PVL.

3. La aportación de la industria farmacéutica por crecimientos superiores al 7% será distribuido entre las compañías farmacéuticas con arreglo a lo dispuesto en el Anexo que elabore la Comisión de Seguimiento y que se incorporará a este Acuerdo, formando parte integrante del mismo a todos los efectos. Entre los factores que se contemplen en el Anexo se tendrá en cuenta el volumen y el crecimiento de cada compañía considerada individualmente.

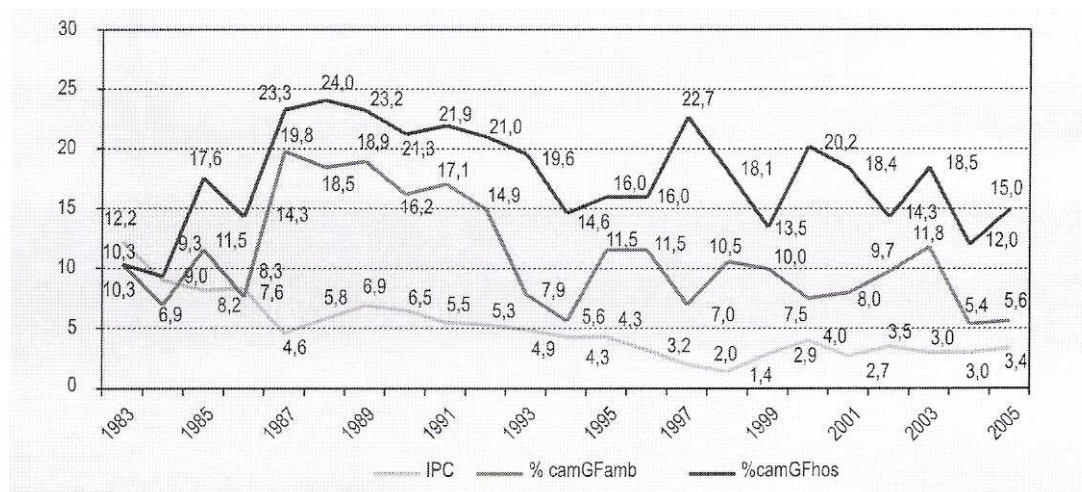
4. Las cifras a considerar como base de partida anual será, para 1995, el consumo de especialidades farmacéuticas a precio PVL realizado por la Seguridad Social a través de Oficinas de farmacia en 1994. Para 1996 y 1997, el crecimiento se calculará sobre el consumo real del año inmediatamente anterior menos el importe retornado ese año por la industria farmacéutica...”.

La clave de la razón por la que se puso de nuevo en marcha la política de convenios con la industria hay que buscarla en la redacción de esa cláusula. Si se

observa el Gráfico 6, en los años anteriores a la firma de este nuevo convenio las cifras de crecimiento del gasto farmacéutico, tanto el realizado a través de las recetas dispensadas en las oficinas de farmacia como el realizado en los hospitales, venía siendo, aunque con ritmo descendente, muy superior a la cifra comprometida como gasto máximo a partir del cual se produciría una devolución parcial de lo percibido en forma de “aportación” de la industria al SNS .

En el caso del gasto en recetas, a partir de cifras de crecimiento cercanas al 20% anual, el crecimiento del gasto en 1994 fue del 7,9 %. En consecuencia, comprometer un límite máximo del 7% no suponía un gran esfuerzo para la industria, más aún cuando en el compromiso se dejaba fuera el crecimiento del gasto farmacéutico hospitalario. Este último, aunque con tendencia decreciente, seguía creciendo cada año respecto al anterior a un ritmo muy superior, y con ello también en la proporción del gasto farmacéutico total, una situación explicable por las características de los nuevos productos incorporados cada año.

Gráfico 6. Incremento interanual de Gasto Farmacéutico ambulatorio y hospitalario, y del IPC, en el período 1983-2005.



Nota: % cambGFamb: porcentaje de cambio interanual del gasto farmacéutico ambulatorio público; IPC: Índice de Precios al Consumo; % cambGFhos: porcentaje de cambio interanual del gasto farmacéutico de hospital

Fuente: Iñesta A. (2008).

Por otra parte, las condiciones de reparto de la aportación definidos en el anexo favorecían los intereses de los laboratorios nacionales, caracterizados, por las razones de su evolución que se han comentado previamente, por un nivel de gasto y un ritmo de crecimiento de éste, los dos factores a tener en cuenta en el reparto citado, menor, debido a las características generales de sus propios productos. De entre ese grupo, sobre todo los situados en el territorio catalán han ejercido una influencia significativa

en la definición de las políticas farmacéuticas, no tanto por su importancia en el conjunto de la producción española, sino ante todo por la presión ejercida en su defensa por la representación catalana de todos los partidos políticos en proporción a su importancia en aquel territorio (y, por tanto, menos en el caso del PP), que consideran como es lógico la industria implantada allí como un factor de desarrollo y empleo muy relevante. Por su parte, el compromiso global de mantenimiento de un nivel de beneficio muy superior al del crecimiento del PIB, algo que para sí quisieran las empresas de cualquier otro sector, suponía para las empresas transnacionales implantadas en España una satisfacción suficiente como para tolerar un reparto sesgado de las aportaciones como el descrito.

Que el motivo fundamental de la puesta de nuevo en marcha de esta política de convenios fue sobre todo el de obtener la imagen de una contribución desde este sector al control del gasto público exigido a todos los sectores económicos en aquel momento lo sugiere también otra razón: por parte de las autoridades sanitarias del momento no se puso en marcha ninguna otra medida que supusiera una contribución adicional al intento de control del gasto farmacéutico. Esa contribución adicional no se dió ni en términos de cambios en las políticas de precios o márgenes, ni en forma de nuevas medidas que supusieran algún cambio estructural en el funcionamiento del sector, ni siquiera alguna de las previstas en la Ley del Medicamento, de 1990. A unas y otras se hace referencia en los apartados siguientes. La firma del convenio permitió, sin embargo, cubrir las apariencias en el sentido indicado, a la vez que se mantenía la inacción real en este campo que caracterizó el período que se está describiendo.

A los deberes generados por la firma del primer convenio de esta segunda época hay que cargarles también la respetabilidad ganada por este tipo de políticas, que constituyendo el ideal para la industria de cualquier sector en términos de estabilidad y garantía de compromiso de consumo de sus productos, no se ha puesto desde entonces nunca en cuestión, aunque, como se describe a continuación, fué aplicada incluso con mayor rigor por los Gobiernos de signo político contrario siguientes.

El conocimiento más completo de las características del convenio firmado en 1995 se obtiene con la descripción de algunos datos adicionales:

-en cuanto a los firmantes del mismo, y puesto que se trataba de una política correspondiente a la AGE desde el punto de vista competencial, pero cuyas repercusiones alcanzaban a todos los servicios de salud constituídos como tales, los firmantes por parte de las Administraciones Públicas fueron la Ministra de Sanidad del

momento, que como tal ejercía también la Presidencia del Consejo Interterritorial del SNS, más los Consejeros de Cataluña, Galicia, y Andalucía. Estando ausentes de la firma, se sumaron posteriormente a ella los de País Vasco, Valencia, Navarra y Canarias. Mientras que la Ministra actuaba en ese caso en nombre del INSALUD no transferido, cada uno de los Consejeros citados lo hacía en nombre de su propio Servicio de Salud, poniendo en evidencia una vez más la ausencia de una entidad propia por parte del SNS como conjunto.

Por su parte, los firmantes por parte de la industria, además del Presidente y Vicepresidente primero de la patronal del sector, fueron también dos vicepresidentes específicos, uno, según se indica *“en representación de las Compañías Internacionales en Farmaindustria”* y otro *“en representación de las Compañías Nacionales en Farmaindustria”*. Lo que significa la mejor expresión de los distintos intereses conciliados en su ámbito con la firma del convenio.

-merece también la pena destacar el contenido de otras dos cláusulas:

La primera de ellas, la tercera, por su ambigüedad y la ausencia de compromisos explícitos, que se tradujeron después en inacción. La cláusula establecía que *“se contemplará una política de registro y otra específica de genéricos que incremente su participación en el mercado y atienda al respeto de los intereses legítimos de la propiedad industrial”*. A falta de incentivos y apoyos de una y otra parte, el desarrollo de los genéricos, que contribuyen en otros muchos países al control del incremento del gasto farmacéutico de manera significativa, sigue siendo ahora una cuestión pendiente.

La segunda, la cuarta en orden numérico en el convenio, se refería a los efectos de la modificación que se pudiera producir en las condiciones existentes a la firma del Acuerdo y establecía que *“la regulación legal o reglamentaria que afecte a las condiciones económicas actualmente vigentes en el precio de las especialidades farmacéuticas o produzca variaciones sustanciales en la oferta de medicamentos al Servicio Nacional de Salud podrá determinar la revisión del presente Acuerdo Marco, a petición de cualquiera de las partes, si las modificaciones introducidas afectasen sustancialmente a su contenido y a sus criterios básicos”*. Probablemente no se puede encontrar una expresión más acabada para representar la hipoteca que la firma de este convenio supuso para subordinar al mismo, y por tanto al acuerdo de la industria, a cambio de ventajas

muy dudosas, cualquier otra medida racionalizadora en la regulación de este sector.

El convenio tenía una duración prevista hasta 31 de diciembre de 1997, y preveía su prórroga desde esa fecha por períodos anuales, con actualización de las condiciones económicas, si ninguna de las partes efectuaba su denuncia con al menos 180 días de antelación.

1.1.3) Los convenios con la industria farmacéutica a partir del acceso al Gobierno del PP en 1996.

1.1.3.1) El convenio de agosto de 1996.

El cambio de Gobierno que tuvo lugar en Junio de 1996 tras las elecciones generales que ganó sin mayoría absoluta el Partido Popular, llevó, sin embargo a una novación del convenio poco después de aquél.

El nuevo convenio, con los cambios correspondientes en cuanto a los firmantes, pero sin cambios en la estructura de la representación, se firmó el primero de agosto del mismo año de 1996, en el contexto de las medidas económicas que el nuevo Gobierno adoptó en corto plazo para abordar la crisis económica en la que se encontraba el país en aquel momento.

Los cambios introducidos en los términos del mismo, en especial en su cláusula segunda, supusieron principalmente un aumento de la aportación de la industria por varios mecanismos. El primero y más importante de ellos, porque se rebajó el límite de crecimiento del gasto en recetas a partir del cual se produciría la aportación de la industria, estableciendo varios tramos de aportación y modificando a la vez el mecanismo del cálculo de la aportación a partir del límite superior:

- el primer año, a partir de un crecimiento del consumo de especialidades farmacéuticas a PVL por la Seguridad Social a través de las Oficinas de Farmacia del 2,6%, y hasta un aumento del 6,6%, la aportación sería del 20% del margen bruto de ventas. Por encima de ese porcentaje la aportación sería del 56,73% (cifra igual a la prevista para los aumentos superiores al 7% en el convenio anterior). Además, si el consumo creciera más del 10% la industria se comprometía a aportar un rappel del 0,35% del consumo si el crecimiento estaba entre el 10 y el 11%, un 0,65% si el consumo creciese entre el 11 y el 12%, y un 0,75% si el consumo fuera superior al 12%.

- el segundo año, las cifras para el tramo de aumento del consumo entre el 3,6 y el 4,6% la aportación subía al 30%, al 50 entre 4,6 y 6,6%, y al 56,73%, sin

variación respecto al primer año a partir de esa última cifra; a la vez se preveía un rappel adicional del 0,30, 0,60 y 0,75 para cada uno de los tramos de 8 al 10% de crecimiento, de 10 a 12 y superior al 12% respectivamente si el crecimiento era mayor del 8%.

Para el cálculo del crecimiento del primer período anual se especificaba que se tomaría como período base el transcurrido desde 1 de Julio de 1995 al 30 de Junio de 1996, y para el segundo del 1 de Julio de 1996 al 30 de Junio de 1997. En ambos casos se especificaba que, para asumir de manera corresponsable por ambas partes que el posible aumento del gasto se debiera al aumento del número de prescripciones, del que cabría deducir que según esa valoración ambas partes se podrían supuestamente sentir “inocentes”, el porcentaje de aportación del último tramo (el correspondiente a un aumento del gasto superior al 6,6%) se reduciría en un punto (sobre el 56,73% estipulado) por cada punto porcentual de incremento del número de recetas dispensadas.

El convenio introducía también una modificación del anexo en el que se especificaba la distribución de la aportación por laboratorios. El cambio suponía un discreto aumento de la aportación a realizar por todos los laboratorios (se pasaba de aportar un 1% de sus ventas a un 1,2%), así como una disminución del límite de incremento del gasto a partir del cual los laboratorios deberían contribuir a completar el resto de la aportación (si en el convenio anterior esta aportación sólo sería hecha por los laboratorios cuyas ventas habían aumentado más de un 7% en cada período, con arreglo al nuevo convenio deberían participar en la distribución de esta parte todos aquellos que hubiesen obtenido un aumento en sus ventas de más del 2,6% ó del 3,6% respectivamente en cada uno de los períodos anuales sucesivos incluidos en el convenio). Además, también se modificaba, igualándola, la distribución de la aportación en proporción a los dos factores considerados (el aumento neto en las ventas, y el porcentaje de aumento de las mismas).

El efecto global de unos y otros cambios se podía prever que derivaría en un aumento de la proporción de la aportación a llevar a cabo por los laboratorios de tamaño intermedio, principalmente los nacionales de esas características, cuya ubicación se correspondía con el territorio menos afín en términos políticos con el nuevo Gobierno.

En cuanto al resto de las condiciones del nuevo convenio, se mantenían en términos similares a las del anterior, previendo una duración del mismo hasta el 30 de junio de 1998.

1.1.3.2) El convenio de enero de 1998

Antes de terminar ese plazo, como un instrumento más al servicio de las políticas presupuestarias generales del Gobierno del PP, y a la vista de la evolución del aumento del gasto, que, como se puede observar en el cuadro anterior, había vuelto al nivel de los dos dígitos porcentuales anuales, el Gobierno impuso la firma de un nuevo convenio, que tuvo lugar el 22 de enero de 1998.

En el nuevo los acuerdos de aportación por la industria en función de la superación de determinados niveles de incremento del gasto se sustituyeron por el establecimiento de determinadas cifras absolutas de aportación, fijando éstas para el ejercicio de 1998 en 29.145 millones de pesetas (una cantidad de la que se deduciría el ahorro en PVL producido en ese año por la comercialización de productos genéricos, así como por la exclusión voluntaria de especialidades farmacéuticas previamente financiadas por el SNS) más otros 10.000 millones de pesetas que se aportarían directamente, o mediante modulaciones selectivas de precios acordadas con cada laboratorio, de manera individual . Para 1999 las cantidades previstas por los mismos conceptos (a los que en la primera partida se le consideraban ya deducidos del importe los ahorros producidos por la comercialización de productos genéricos y la exclusión voluntaria de especialidades financiadas previamente, a las que se añadía también de manera novedosa la aplicación de los precios de referencia) las cantidades previstas eran de 16.000 y 10.000 millones de pesetas respectivamente. Los anexos del convenio, firmados marzo de 1998, fijaban la distribución de dichas aportaciones en términos de pagos efectivos, especificando éstos en cuatro períodos mensuales en cada caso.

La firma del convenio suponía un éxito relativo inicial para la patronal farmacéutica, que evitaba así que se produjera una reducción generalizada de los precios de los medicamentos, que estaba siendo estudiada como manera de alcanzar un ahorro de 65.000 millones de pesetas (una cantidad equivalente de manera aproximada a la suma de las aportaciones por distintas vías fijada en el convenio). Esa cifra de ahorro la había establecido el Gobierno para cumplir los objetivos económicos previstos en un acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera de 27 de noviembre de 1997; un acuerdo que daba a su vez cumplimiento a una moción aprobada por el Congreso en la que se instaba al Gobierno a suscribir con todos los sectores implicados un acuerdo que estabilizara el elevado gasto en farmacia, y que da idea de la importancia del problema en el que se había convertido el gasto en este sector.

La marcha de este convenio fue, sin embargo, accidentada. El Gobierno, presionado por la tensiones que para la sostenibilidad del Sistema suponía el aumento creciente del gasto farmacéutico, que seguía aumentando sin control (aunque, como se puede ver en el cuadro anterior, a expensas sobre todo del gasto hospitalario) aprobó el 18 de Junio de 1999 el Real Decreto 1035/1999, por el que se establecía el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad. Este sistema estaba ya previsto en la Ley del Medicamento aprobada en 1990 por un Gobierno socialista anterior, pero no había sido desarrollado por ninguno de los siguientes del mismo color. Por otra parte, los términos del convenio en vigor, como se ha mencionado, incluían la cita a la aplicación de este sistema de precios de referencia por grupos terapéuticos, especificando que sus efectos se consideraban ya deducidos del importe de la aportaciones calculadas para el año 1999, que se precisaban en cantidades netas y en los meses en que debían realizarse.

Por otra parte, y en relación con los compromisos de aportación que habían sido suscritos en términos y plazos concretos como los mencionados, la Tesorería General de la Seguridad Social comenzó a exigir el pago de las cantidades correspondientes como ingresos incluidos en el sistema de financiación de la Seguridad Social, y a aplicar su reglamento de recaudación, llegando a la vía de apremio, y a imponer recargos automáticos del 20% si se producían retrasos en los pagos.

Por parte de Farmaindustria se consideró que unas y otras condiciones suponían un cambio en las condiciones generales del mercado a las que, como en convenios anteriores, se refería la cláusula séptima del convenio y, una vez rechazada una oferta suya de aportación de 10.000 millones de euros para 1999, que constituía una rebaja de 16.000 millones respecto a la que fijaba el convenio para ese año, procedió a la denuncia del Acuerdo el 15 de Julio del mismo 1999.

De manera inmediata a esa denuncia el Gobierno del PP promulgó el Real Decreto-Ley 12/1999, de 31 de Julio, titulado “*de Medidas urgentes para la contención del gasto farmacéutico en el SNS*”. En el artículo primero del mismo se establecía el procedimiento para realizar el cálculo de un nuevo precio reducido de los medicamentos, del que sólo quedaban excluidos algunos de bajo coste. Su aplicación, cuya entrada en vigor se retrasaba para los medicamentos comprados con cargo al SNS hasta noviembre del mismo año, supuso una reducción en promedio del precio del 6%, y un efecto de reducción del gasto, combinado con el de las otras medidas adoptadas, a

partir del año siguiente que supuso volver al ritmo de crecimiento interanual por debajo del 10% durante tres años.

Farmaindustria, por su parte, procedió al recurso de las liquidaciones que se siguieron llevando a cabo por la Tesorería de la Seguridad Social ante los Tribunales contencioso-administrativos, logrando su suspensión por parte de la Sala Cuarta de la Audiencia Nacional hasta que hubiera sentencia definitiva sobre el recurso de fondo contra las mismas. Por otra parte, en Octubre del mismo 1999 presentó denuncia contra el reino de España ante la Comisión de las Comunidades Europeas contra el Real Decreto-Ley citado, por supuesta infracción de las normas comunitarias en materia de fijación de los precios de los productos farmacéuticos y de defensa de la competencia, y poco tiempo después, en Abril de 2000, ante el Tribunal Supremo contra el Real Decreto 1035/1999, sobre precios de referencia.

Esto último no impidió la tramitación de una Orden ministerial que desarrollaba ese Real Decreto, y con ello la aplicación de los precios de referencia mediante la aplicación de éstos a los grupos terapéuticos definidos en la Orden. El trámite de audiencia realizado de manera individual a todos los laboratorios implicados demoró, sin embargo, su aplicación hasta Julio de 2000 (la Orden es de 13 de ese mes), de manera que aquélla tuvo que llevarse a cabo por un Gobierno siguiente al que había promovido la medida inicial, aunque del mismo color político.

El pulso político que suponía la situación de conflicto que se había creado se resolvió finalmente en una reunión de la Comisión de Seguimiento del Acuerdo prevista en el Convenio de 1998, que tuvo lugar el 7 de marzo de 2001. En dicha reunión se acordó en primer lugar de manera expresa que *“la iniciativa normativa señalada (el Real Decreto-Ley 12/1999, de 31 de julio) constituye una circunstancia de las previstas en el Punto Séptimo del mencionado instrumento jurídico (el acuerdo firmado en enero de 1998) y acuerda la revisión del mismo, fijándola en el 15 de septiembre de 1999”* (fecha de entrada en vigor de la rebaja de los precios prevista en el Decreto-Ley 12/1999).

A su vez, la propia Comisión consideraba que las repercusiones de la modificación del plazo de finalización del convenio, fijando la fecha de cierre año y medio atrás, debían suponer la aportación por Farmaindustria de los 39.145 millones de pesetas comprometidos en el Acuerdo original de 1998, más entre 8,5 y 12 mil millones de pesetas de los 26.000 que se habían comprometido originalmente a aportar durante

1999, reducción que se ponía en relación con la fecha de efectividad de la reducción de precios prevista en el Real Decreto-ley 12/1999.

En el mismo acuerdo “*y al objeto de poner fin a los procedimientos contenciosos en tramitación originados por reclamaciones de cantidad dirigidas por la Tesorería General de la Seguridad Social a los distintos laboratorios en aplicación del Acuerdo de 22 de enero de 1998*”, Farmaindustria se comprometió “*a requerir de sus empresas afiliadas recurrentes para que desistan de todos los recursos planteados contra las resoluciones de la Tesorería antes mencionadas, y para que paguen las cantidades adeudadas por el principal (según el monto redefinido) más el 20% de apremio*”. Por otra parte se establecía que tales aportaciones se realizarían por mitades de 5.100 millones de pesetas cada una el 30 de Julio y el 30 de noviembre de 2001.

El acuerdo, que significaba el cierre de la situación conflictiva previa, suponía un cierto equilibrio en los resultados: los precios de referencia, el instrumento teóricamente más potente que se había introducido en el control del gasto farmacéutico, seguían en vigor (lo que dio lugar a que la siguiente batalla se diera por la confección de los grupos terapéuticos, de manera que la definición resultara lo menos lesiva posible a los intereses de unos u otros laboratorios); también seguía en vigor la bajada de precios general acordada por el Gobierno. Por su parte, Farmaindustria obtenía la rebaja de sus aportaciones que había planteado desde el inicio del conflicto.

Otro resultado distinto podría ser el de la valoración de la posibilidad de llevar a cabo políticas de reducción efectiva del gasto farmacéutico si las mismas incluyen acuerdos de niveles de gasto máximo con la industria. Establecer ese tipo de cláusulas parecía convertir de hecho la cifra acordada en el objetivo “mínimo” de gasto a alcanzar, y poner en cuestión la puesta en marcha de cualquier medida adicional o complementaria que pudiera suponer poner en peligro el alcance del nivel de gasto acordado, pese a que esa interpretación resultase contradictoria con el objetivo central de reducción del gasto sectorial de los acuerdos que se hubieran firmado.

1.1.3.3) El convenio de marzo de 2001

La experiencia anterior dio lugar a que al día siguiente de ese acuerdo de cierre del anterior, es decir, el 8 de marzo de 2001, se firmara un nuevo convenio en el que, sin referencia a los niveles de gasto, Farmaindustria se comprometía a aportar al SNS en plazos fijados durante 2001 la cantidad de 5.500 millones de pesetas (reducida en su caso en proporción a los laboratorios que no se sumasen al acuerdo). Esta cantidad se destinaría a apoyar la investigación de los organismos de investigación (en el ámbito

oncológico y cardiovascular, definidos como áreas prioritarias de actuación) creados en el Instituto de Salud Carlos III, a cuya creación había dado gran importancia el nuevo Gobierno del PP.

1.1.3.4) El convenio de octubre de 2001

Sin embargo, poco tiempo después, el 31 de octubre de 2001, se volvía de manera más o menos clara al sistema anterior, convirtiendo de nuevo a la industria en la dueña de los objetivos de reducción y control del gasto que se pudieran tratar de alcanzar con otras medidas. En la fecha citada, y con el objetivo de que el Ministerio de Sanidad se comprometiera a su vez *“a mantener un marco regulador estable y predecible que permita a la Industria farmacéutica planificar sus inversiones en investigación, desarrollo e innovación y asumir compromisos crecientes en este campo”*, se suscribió un nuevo convenio. A su vez, el marco para la firma del propio convenio lo constituía la manifestación que hacían constar ambas partes en su preámbulo indicando que *“ambas partes estiman imprescindible compatibilizar un crecimiento del gasto farmacéutico público que sea asumible por los presupuestos públicos, con el desarrollo industrial y tecnológico de un sector que, como el de la Industria farmacéutica, tiene gran importancia para la economía nacional y para la atención sanitaria de la población”*. Lo que significaba, con expresión más o menos eufemística, que el objetivo de control del gasto farmacéutico había pasado a un nivel cuando menos equiparable, si no secundario, a la obtención de fondos para las políticas de desarrollo e innovación que el Gobierno pretendía promover.

Como expresión de todo ello, este nuevo convenio estableció un límite máximo de gasto, en términos de *“una tasa de crecimiento de las ventas de especialidades farmacéuticas al SNS, a través de recetas dispensadas por oficinas de farmacia, valoradas a precio de venta de laboratorio, en el entorno de la evolución del PIB, corregido por el factor según la escala especificada en el Anexo de este Acuerdo”* (un factor de corrección que determinaba que, para unas cifras previstas de crecimiento del PIB entre el 5,5 y el 6,5% anual, se fijase una previsión estable de tolerancia de crecimiento del gasto en recetas del SNS del 6,5 % durante cada uno de los años incluídos en el convenio) .

A ello se le añadió un límite para los efectos de las medidas que el Gobierno popular había empezado a aplicar, en concreto *“a) la consolidación de la comercialización de especialidades farmacéuticas genéricas mediante la mejora de los procedimientos administrativos de autorización de los expedientes y el estímulo de su*

utilización; b) el establecimiento de nuevos conjuntos homogéneos dentro del actual sistema de precios de referencia; y c) la revisión anula de los precios de referencia atendiendo para ello a la normativa vigente” (Acuerdo Tercero 1.1).

El límite de los efectos de estas medidas se fijaba en el apartado siguiente, en el que se establecía que *“la repercusión económica máxima conjunta de las medidas a que se refiere el párrafo anterior se cifra durante el período de vigencia del presente Acuerdo (desde 1 de enero de 2002 hasta 31 de diciembre de 2004) y de forma acumulada en 631,06 millones de euros (ciento cinco mil millones de pesetas), y en 105,18 millones de euros (diecisiete mil quinientos millones de pesetas) el impacto, valorado a PVL, de cada año. Las repercusiones económicas inferiores a las máximas señaladas no se compensarán con aportaciones adicionales a las incluídas en este Acuerdo. La Comisión de Seguimiento del Acuerdo verificará trimestralmente la repercusión económica de las medidas de contención”.*

A su vez, para el apoyo a la investigación que constituía la contrapartida prevista en el convenio , la industria se comprometía a la creación de un Fondo económico que se regiría por una Fundación privada, al que aportaría una cuantía máxima de 99,17 millones de euros anuales (dieciséis mil millones de pesetas) por cada año de vigencia del acuerdo; unas cantidades que se fijarían de manera precisa cada año de forma proporcional y en función del exceso del consumo sobre el indicador de referencia del PIB al que se ha hecho alusión. Las cantidades citadas se destinarían a financiar proyectos de investigación, que serían gestionados por el Instituto de salud Carlos III.

De forma independiente a las aportaciones mencionadas, la industria se comprometía también a incrementar sus inversiones en investigación, desarrollo e innovación en un porcentaje superior al del crecimiento del PIB, previendo una inversión en este concepto para el período 2002-2004 de 1.352,28 millones de euros (doscientos veinticinco mil millones de pesetas), de los que un tercio al menos se aplicarían a proyectos llevados a cabo en instalaciones externas a los laboratorios. La referencia a las cantidades dedicadas a estos conceptos se completaba con la indicación de que serían objeto de incentivación fiscal, sin precisar de manera los términos de la misma, que serían objeto de desarrollo legal posterior , las dedicadas *“a la investigación biomédica en proyectos estratégicos relacionados con las ciencias cardiovasculares, la oncología, la genómica así como determinadas enfermedades emergentes”* .

1.1.3.5) El desarrollo posterior de la relación con la industria farmacéutica.

La exposición pormenorizada de los términos de los sucesivos convenios firmados con la industria farmacéutica que he hecho a lo largo de los apartados previos es una buena expresión de la evolución que ha seguido la firma de éstos. Una evolución en la que, tras los intentos de aplicación de medidas autónomas dirigidas a la contención del gasto farmacéutico por el primer Gobierno del Partido Popular (medidas que en todo caso han mantenido su eficacia, aunque hayan sido moduladas en su aplicación), los convenios con la industria volvieron a adquirir el protagonismo en el conjunto de las políticas farmacéuticas. Ello supuso supeditar el posible control del incremento del gasto farmacéutico, cuyo crecimiento sigue su propio ritmo, que condiciona el de cualquier otra partida del gasto público sanitario, a los propios criterios de la industria. Ésta, por su parte, ha conseguido con ello una situación de garantía del incremento del consumo de sus productos y, en consecuencia, de su nivel de beneficios, que no admite comparación con la de las empresas de ningún otro sector.

Por otra parte, resulta interesante resaltar la evolución que se produjo en los convenios en lo que afecta a las contrapartidas exigidas por el Estado a la industria. En los primeros desde que se reinició su suscripción por el Partido Socialista en 1995, las compensaciones ofrecidas por la industria lo eran en términos puramente económicos y sin ningún carácter finalista, como pura medida de aporte a unos presupuestos generales del Estado (y de la Seguridad Social, en tanto a financiación sanitaria estaba vinculada a ésta) deficitarios. Por el contrario, a partir del convenio de marzo de 2001 las aportaciones de la industria, siempre supeditadas a lograr incrementos suficientes a sus ojos de sus propios niveles de beneficio, van dirigidas de manera muy expresa a fomentar la investigación y el desarrollo en este sector.

Por otra parte, esa vinculación entre las aportaciones de la industria y la investigación a desarrollar en el ámbito sanitario no resulta por sí misma por completo novedosa: en los años 80 el Fondo de Investigaciones de la Seguridad Social (FISS), que patrocinó el desarrollo de la investigación sanitaria en aquel momento, se financiaba con las aportaciones recibidas de la industria por un *rappel* establecido a esos efectos, que finalmente se canceló, con lo que el Fondo de Investigación mencionado pasó a denominarse “de Investigaciones Sanitarias” (FIS) y a financiarse con fondos públicos. Lo que sí resultó novedoso en esta segunda edición de los convenios es que el destino de las aportaciones establecidas en este caso tenían prevista una distribución más restringida, a los fines y ámbitos que se han mencionado, más

compatibles de manera específica con los intereses del sector que realiza la aportación. Un sector que, por otra parte, se caracteriza por su capacidad para controlar conforme a tales intereses la orientación y el sentido de la innovación en este campo (Rey Biel 2005).

Desde otro punto de vista, en lo que afectan a las inversiones en la propia industria farmacéutica, resulta más que dudoso que tales aportaciones supongan un incremento real de la actividad de investigación y desarrollo en nuestro propio país. Es manifiesta la dificultad de verificar las inversiones reales en este campo mediante un adecuado control contable de las mismas. Por otra parte, España, y las empresas instaladas en nuestro territorio, tanto nacionales como extranjeras, no disponen de infraestructuras de investigación básica potentes en este campo. Lo que se traduce en todo caso, al margen de problemas contables, como puede verse en el cuadro siguiente, en un porcentaje muy bajo de participación de la inversión española en I+D en este campo con respecto a otros países europeos.

Tabla 23. Inversión en I+D de 4 países y España en % con relación a I+D de EU-15 (menos Portugal, Grecia y Luxemburgo) 2002-2006.

	Alemania	Francia	Italia	R. Unido	España
2002	20,05	18,66	5,07	29,17	3
2003	21,03	22,02	4,47	25,79	3,36
2004	21,17	21,43	5,45	25,94	3,71
2005	21,39	20,79	5,63	25,46	4,02
2006	24,85	18,41	5,14	26,69	3,92

Fuente: EFPIA, *The Pharmaceutical Industry in figures* - Ediciones 2003 - 2008.

Tomado de Iñesta A. (2005^a). Acuerdo Sanidad y Consumo y Farmaindustria.

Por el contrario, nuestro país sí dispone de un sistema sanitario que ofrece ventajas razonables para llevar a cabo ensayos clínicos. De hecho, las compensaciones económicas percibidas por el personal sanitario por la participación en el desarrollo de ensayos clínicos se ha convertido en una parte sustancial de los ingresos de muchos médicos, que contrarresta, aunque con una distribución sesgada de los mismos, los niveles retributivos más bajos de que disponen los médicos españoles en el sistema sanitario público respecto a los que perciben en otros países del entorno europeo²³⁹. Con

²³⁹ Se puede ver a estos efectos Arrom (2003) y nota 166 (p. 276).

los sistemas contables disponibles, es muy posible que buena parte del aumento de inversiones en este campo se dirijan a ese fin.

En cuanto a las aportaciones destinadas a los centros públicos de investigación mencionados, hacer depender en buena parte el desarrollo de esos centros públicos de investigación básica sanitaria, creados inicialmente en el ámbito del Instituto de Salud Carlos III, de las aportaciones de la industria convierte en la práctica al sistema sanitario público, cuyos niveles de consumo farmacéutico creciente son determinantes de tales aportaciones, en rehén del desarrollo de otros programas que resultan prioritarios para el Gobierno correspondiente, en detrimento de su propia sostenibilidad específica, pero sin necesidad de detraer las cantidades destinadas a esos fines prioritarios de otros programas.. Lo que se acompaña de la paradoja de que sea la propia industria farmacéutica uno de los inductores más caracterizados de la ampliación de los sistemas de copago en el sistema sanitario público como mecanismo de contribución a la sostenibilidad económica del sistema, sin poner en cuestión la distribución de su gasto y su eficiencia.

Pese a todo, las líneas de actuación señaladas marcadas por los convenios citados, iniciadas por el PSOE y desarrolladas después más ampliamente por el PP, han tenido continuidad con los Gobiernos socialistas existentes desde mayo de 2004²⁴⁰. La mejor expresión es que el acuerdo más reciente alcanzado en marzo de 2009 entre el Mº de Sanidad y Farmaindustria (del que se desconoce ninguna versión escrita que precise los términos del mismo) conserva, según el anuncio del acuerdo hecho por el Gabinete de Prensa del Mº, las características esenciales descritas en las líneas anteriores: el mantenimiento de la atención de una factura farmacéutica creciente, que

²⁴⁰ La primera expresión de esa continuidad se hizo explícita en la Ley 2/2004, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para 2005. La norma incluye, a través de su disposición adicional cuadragésimo octava, una modificación de la Ley 25/1990, del medicamento destinada a paliar los efectos de la caducidad de los compromisos asumidos por la industria en el último convenio firmado por el PP, que se extendían hasta diciembre de 2004. En la disposición se establece una escala de descuentos por suministros de la industria al SNS. Lo recaudado se preveía destinarlo en un 50% al Instituto de Salud Carlos III para la investigación en el ámbito de la biomedicina y el resto para el desarrollo de las políticas de cohesión sanitaria, la formación de facultativos (se especifica que deben ser médicos, sin aclarar si tal distinción se debe a que es a éstos a los que está reservada la prescripción, lo que podría poner en cuestión el cometido de esos “programas de formación”) y a programa de educación sanitaria de la población para favorecer el llamado “uso racional del medicamentos”, una cuestión que tampoco merece ninguna aclaración.

La Disposición adicional sexta de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que vino a sustituir a la ley 25/1990. del medicamento, previó también el establecimiento de un sistema de aportaciones por volumen de ventas al Sistema Nacional de Salud. a cuya aplicación se incorporó una minoración de la escala (con sólo dos niveles) de aportaciones prevista en la norma en función de la valoración de las compañías en el marco de la acción PROFARMA, de potenciación de la industria farmacéutica innovadora.

paradójicamente se pretende enmarcar en un compromiso de mantenimiento e incremento del gasto social²⁴¹, y la aportación de 180 millones de euros en tres años por la industria *“para el desarrollo en el SNS de proyectos tendentes a acelerar la traslación a la práctica clínica de hallazgos en investigación básica (nuevas moléculas) y de proyectos de uso racional de medicamentos”*²⁴².

La mejor expresión de que la prioridad en este acuerdo no suscrito, pero anunciado ante los medios, no era tampoco la del control del gasto farmacéutico ni, por tanto, la de los programas sanitarios alternativos de mejora del SNS que se pudieran derivar de un mejor control de esa partida, son los compromisos adicionales al económico citado que, según la nota de prensa del Mº en que se dió noticia del mismo, habría asumido Farmaindustria. Eran los siguientes:

“• Mantener y mejorar el empleo en el sector, que da trabajo directo en la actualidad a unas 38.000 personas, una cifra que alcanza los 200.000 trabajadores contando el empleo indirecto. El objetivo es mejorar su cualificación en las nuevas contrataciones y potenciar la inversión en formación continua. Las empresas prestarán especial atención en su política de recursos humanos a factores como el empleo femenino, la temporalidad de los contratos o la contratación de titulados superiores.

• Aumentar la inversión del sector en I+D+i un 15% anual durante los tres próximos años hasta alcanzar los 3.600 millones de euros en el periodo 2009-2011, con la expectativa de superar el 20% del total de inversión en este campo de toda la industria española. Esta apuesta por la investigación será decisiva para que los españoles puedan contar con más y mejores medicamentos innovadores para el tratamiento de enfermedades mortales, raras o seriamente debilitantes.

²⁴¹ Según los términos de la Nota hecha pública *“La decidida y rápida respuesta de Farmaindustria coincide en el tiempo y en los objetivos con el compromiso del Gobierno por mantener e incrementar las políticas sociales, entre las que destacan las prestaciones sanitarias, factura farmacéutica incluida”*.

²⁴² Sobre el sentido y la razón de la aportación en este caso se pueden ver las siguientes observaciones en Iñesta (2005 a): *“Todavía está vigente (por lo menos hasta este acuerdo) la patente de procedimiento para patentes realizadas antes del 7 de octubre de 1992 ya que la patente dura 20 años y la patente de producto no será plena hasta el año 2012. Por tanto quedan unos 3 años para que los fabricantes de genéricos en España traten de comercializar genéricos correspondientes a medicamentos que todavía están solo protegidos por la patente de procedimiento. Para ello deben demostrar que poseen un procedimiento alternativo viable para fabricar el producto en cuestión, cumpliendo satisfactoriamente con la carga probatoria que le impone la anterior Ley de Patentes. La oferta de Farmaindustria de dar a Sanidad 300 millones de € (abril-mayo de 2007, 60 millones al año), si se renunciaba a los años que quedaban de patente de procedimiento hasta 2012, podría especularse que ha aflorado nuevamente y aparecería en el acuerdo (180 millones en tres años, 60 millones al año) a cambio bien de la inhibición de la Administración en los pleitos planteados por los laboratorios innovadores en contra de los genéricos, o bien renunciando explícitamente a ese derecho”*.

• ***Apostar por la internacionalización del sector, con el objetivo de alcanzar en el periodo 2009-2011 exportaciones por valor de 22.500 millones de euros. Esta cifra supondría un incremento del peso de la industria farmacéutica en la balanza exterior española del 4% actual a alrededor de un 6%***”.

La ausencia de instrumentos conocidos de seguimiento y control del acuerdo hace que esos compromisos, por otra parte razonables en una época de crisis financiera y del empleo, resulten de difícil valoración de su consecución. Pero, en todo caso, hacen que resulte aún más patente que también en este caso la ausencia de objetivos sanitarios definidos convierte al sistema sanitario público en rehén de la relación entre la industria y el Estado establecida a través de este tipo de convenios, antes que en uno de los protagonistas principales de esa relación.

1.2) Las políticas de precios y márgenes a partir de 1982.

1.2.1) Los precios

Para la descripción sintética de la evolución de los precios de las especialidades farmacéuticas a partir de 1982 resulta útil la Tabla 24, tomada de la edición de 2004 de la publicación de Farmaindustria “La industria farmacéutica en cifras”. En el mismo se reflejan las variaciones de los precios que tuvieron lugar entre 1984, la primera ocasión en la que se revisaron los precios al alza desde la entrada del PSOE en el Gobierno, hasta 2002, ya en el segundo mandato del Partido Popular. En el cuadro, por otra parte, se compara la evolución de los precios en valor constante de los medicamentos tomando como base los establecidos en 1994 con la evolución del índice de precios al consumo tomando como base el mismo año.

Las elevaciones de precios que se observan en la Tabla 24 se establecieron todas ellas mediante Órdenes de diferentes Departamentos ministeriales, previo informe de la Junta Superior de Precios, y a propuesta del Ministerio de Sanidad y el Mº económico correspondiente en cada caso: las de 1983, 1984 y 1986, la Orden fue de la Presidencia del Gobierno, en fechas 24 de marzo, 19 de septiembre y 18 de Julio respectivamente. Las de 1988 y 1991, del Ministerio de Relaciones con las Cortes y la Secretaría del Gobierno, de 29 de abril y 8 de abril respectivamente. La de 1996, con efectos ese año y el siguiente, del Mº de la Presidencia, el 27 de febrero de 1996.

Tabla 24. Revisiones generales de precios de los medicamentos financiados con fondos públicos 1984-2002.

Año Year	Revisiones generales de precios de medicamentos	Índice de precios revisados	IPC general
	General pharmaceutical	Base dic. 1984=100	Base dic. 1984=100
	price reviews	Revised price index	General CPI
		Base Dec. 1984=100	Base Dec. 1984=100
1984	4,30	100,0	100,0
1986	-3,00 (1)	100,5	117,1
	3,65		
1988	3,00	103,6	129,6
1991	3,20	106,9	155,8
1993	-3,00 (2)	103,7	172,2
1996	0,80 (3)	104,5	193,5
1997	0,80 (3)	105,3	197,4
1999	-6,00 (4)	----	206,0
	-3,00 (5)	102,2	
2002	----	102,2	228,8
Δ 2002/84		2,2	128,8

(1) La bajada general del 3% se impuso por el establecimiento del IVA.

Across-the-board 3% price cut imposed on the introduction of VAT on medicines.

(2) Esta bajada, aportación de la industria a la política de contención del gasto público, se aplicó mediante reducción voluntaria de los PVLs de comercialización, sin modificación de los PVL máximos autorizados.

This price cut was the result of a voluntary reduction in ex-factory sales prices applied by the industry by way of a contribution to the containment of public health expenditure. Maximum authorised ex-factory prices were not affected.

(3) Repercusión estimada sobre el total del mercado de la revisión de las especialidades farmacéuticas con PVL ≤ 300 pesetas implementada al 50% en los años 1996 y 1997.

Estimated impact on total market of price increases for products costing less than pesetas 300 (ex-factory price). The increase was implemented in two phases in 1996 and 1997 (50% in each year).

(4) Rebaja media impuesta por el Gobierno aplicada sobre los PVL máximos autorizados, que anula la rebaja aplicada voluntariamente por la Industria en 1993.

Average cut in maximum authorised ex-factory prices imposed by the Government, annulling the voluntary reduction carried out in 1993.

(5) Estimación del impacto neto de la rebaja impuesta en 1999.

Estimated net impact of the 1999 price cut.

Fuentes: INE y FARMINDUSTRIA.

Sources: INE and FARMINDUSTRIA.

Fuente: Memoria Farmaindustria 2004, p. 46.

Resulta imposible de pormenorizar en este texto la forma en la que se autorizaron las subidas de los precios en cada caso. Las cifras expuestas constituyen tan sólo promedios de las subidas producidas, diferentes para distintos tipos de productos. La tendencia más general en esas normas fue la de excluir de las subidas los productos aprobados en los últimos (tres a cinco) años más inmediatos a cada subida autorizada. También, en general, a concentrar las subidas en los productos de precios más bajos (así, por ejemplo la subida autorizada en 1996 se concentró solamente en las especialidades de precio inferior a 300 pesetas), o en ciertos tipos de productos (en la de 1984 uno de los grupos favorecidos fue el de los productos que estaban compuestos por un solo principio activo, excluyendo las asociaciones de éstos). Otro tipo de criterios utilizados fue el de reducir el aumento general previsto en proporción al consumo, permitiendo un aumento menor de las especialidades más consumidas. Como se puede comprender, la utilización en cada caso de unos u otros criterios era susceptible de la

manifestación e influencia por parte de los laboratorios fabricantes de diferentes gamas de productos, a cuyos intereses distintos y diversidad de vías de relación con las Administraciones, variables en distintos momentos, ya he hecho alusión.

Por su parte, en la Tabla se explican las razones de la rebaja introducidas en cada caso, que sólo en 1999 tuvo el carácter de impuesta. Lo que se llevó a cabo mediante el Real Decreto-Ley 12/1999, de 31 de Julio, ya comentado en el apartado anterior.

La primera observación que cabe hacer a los datos del cuadro es que la presentación de los dos valores indicados permite reconocer de manera inmediata que, al contrario de lo que parece querer deducirse de la representación simultánea de los valores citados en la mencionada publicación, la política de control de precios no fue en este período ni el instrumento prioritario ni el más eficaz para lograr, o al menos contribuir, al control del gasto farmacéutico, un problema que siguió siendo el más importante en relación con esta prestación. De otra manera, un ritmo de elevación casi inexistente de los precios de las especialidades farmacéuticas en comparación con la elevación general del índice de precios al consumo como el que se puede observar en el cuadro no habría dado lugar al aumento constante de la proporción del gasto farmacéutico en relación con el gasto sanitario y con el PIB que se puede observar en cuadros anteriores.

Como es lógico suponer, la razón para que eso ocurriera es que, de manera más acentuada aún a medida que se iban aprobando nuevos productos para su uso, la prescripción, como se ha descrito ya en un apartado anterior (López Bastida, 2000) y han confirmado otros trabajos posteriores (Darbá, 2003), se iba desviando cada vez más hacia esos nuevos productos, cuyo precio de venta se fijaba de manera simultánea a su aprobación. Esa dinámica, promovida y apoyada por instrumentos de orientación e inducción de la prescripción que se fueron sofisticando²⁴³, neutralizó cualquier esfuerzo que pretendiera realizarse para controlar el incremento del gasto mediante el control de los precios. Con el inconveniente añadido de que el control aparente de los precios que se parecía deducir de la congelación periódica de los mismos podía ser utilizada como

²⁴³ El patrocinio de actividades científicas y otras relacionadas con ellas, así como el regalo de instrumentos y productos utilizables o no en la práctica médica se fue ampliando cada vez más, en detrimento de los incentivos económicos “en bruto” más propios de las etapas anteriores. Hay abundante bibliografía en la literatura médica sobre este tipo de actividades por parte de la industria. Se pueden encontrar numerosas citas anteriores a 2002 en Rey Biel (2005), y otras muchas en la literatura más inmediata y reciente, dado que los patrones de intervención indicados se siguen manteniendo en todos los países, pese a los intentos por reducirlos.

argumento y muestra por la industria de una actitud de supuesta colaboración desinteresada para el control del incremento del gasto.

Así las cosas, llama la atención la pertinacia con la que los precios de la especialidades farmacéuticas siguieron sometidos al régimen de intervención de los mismos que ya se había definido en el período anterior. Órdenes ministeriales excluyendo diferentes productos del régimen de precios intervenidos se dictaron en este período en diferentes ocasiones y plazos: por el Mº de Economía y Comercio, el 17 de Junio de 1983; por el de Economía y Hacienda, el 1 de diciembre de 1986 y el 23 de diciembre de 1987. Solamente a partir de la primera de estas últimas quedaron excluidas de ese régimen las especialidades farmacéuticas publicitarias. En 1996, ya con Gobierno del Partido Popular, el Real Decreto-Ley 7, de 7 de Junio, sobre medidas urgentes de carácter fiscal y de fomento y liberalización de la actividad económica, suprimió la Junta Superior de Precios, que *“había ido quedando vacía de contenido en lo que respecta a la regulación de precios, por lo que no es preciso el mantenimiento de este órgano para desarrollar únicamente las funciones estadísticas que se le imputan”*, sustituyéndola en esas funciones reguladoras por la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos. El cambio organizativo no impidió que la misma norma en la que se producía ese cambio mantuviera las especialidades farmacéuticas de manera expresa en la relación de productos que seguirían sometidos a ese régimen de intervención, cuyo sentido, por las razones apuntadas, puede justificadamente ser puesto en cuestión.

Una última cuestión que me parece relevante en relación con las políticas de precios en este campo es el cambio introducido por el Partido Popular en 1999 en lo referente a las funciones de la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, un órgano que para la determinación inicial del precio de cada nuevo producto autorizado, fue creado mediante la ley 55/1999, de 29 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social. El artículo 77 de esta norma, cuyos términos literales se reproducen íntegros²⁴⁴ por la concatenación de contenidos que

²⁴⁴ Artículo 77. Modificación de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento.

Uno. El apartado 11 del artículo 31 queda redactado como sigue:

"11. No serán financiadas con fondos públicos las especialidades farmacéuticas de las cuales se haga publicidad dirigida al público en cualquier forma. La exclusión de la financiación de una especialidad farmacéutica financiada con fondos públicos se decidirá con carácter previo a que, en su caso, se autorice la realización de publicidad sobre la misma."

Dos. El apartado 1 del artículo 94 queda redactado en los siguientes términos:

existe entre ellos, introdujo la modificación de varios artículos de la Ley 25/1990, del Medicamento. En uno de ellos, en concreto en el cuarto, se modificó el apartado 2 del artículo 100 de la Ley 25/1990, en términos que, como puede observarse, supusieron la creación de la Comisión Interministerial citada, que quedó “*adscrita al Ministerio de Sanidad y Consumo*”.

Lo que merece destacarse de esta norma es que la Comisión citada, de la que formaron parte inicial y siguen formando parte otros Ministerios además del de Sanidad, entre ellos el de Economía y Hacienda y el de Industria, cuyos criterios para la definición de los precios son ajenos a los de la cobertura sanitaria, deciden, a diferencia de lo que ocurría anteriormente, sobre los precios aplicables precisamente en el ámbito de la cobertura sanitaria pública, a la que se alude en el texto como “la financiada con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad”. Lo que supone en la práctica descartar de antemano la negociación que el Sistema sanitario público, actuando de manera coordinada, podría llevar a cabo con la industria para la aplicación de unos precios que, en función de su consumo global, le pudieran resultar más favorables, y que de esta forma le son impuestos con criterios ajenos a los de obtener el mejor rendimiento de su gasto. Entre esos criterios, como ya he indicado anteriormente, prima “*la negociación entre las empresas y el gobierno*” (López Bastida, 2000) con intereses dominantes ajenos a los de la cobertura sanitaria universal²⁴⁵.

"1. Una vez autorizada y registrada una especialidad farmacéutica se decidirá, con carácter previo a su puesta en el mercado, si se incluye, modalidad en su caso, o se excluye de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social con cargo a fondos de ésta o a fondos estatales afectos a la sanidad.

Igualmente, una vez autorizada y registrada una especialidad farmacéutica o siempre que se produzca una modificación de la autorización que afecte al contenido de la prestación farmacéutica, el Ministerio de Sanidad y Consumo decidirá, con carácter previo a su puesta en el mercado, las indicaciones incluidas, modalidad en su caso, o excluidas de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social, con cargo a fondos de ésta o a fondos estatales afectos a la sanidad."

Tres. El párrafo segundo del apartado 1 del artículo 100 queda redactado de la siguiente forma:

"Los precios correspondientes a la distribución y dispensación de las especialidades farmacéuticas que se dispensen en territorio nacional son fijados por el Gobierno, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, de forma general o por grupos o sectores tomando en consideración criterios o valores de carácter técnico-económico y sanitario."

Cuatro. El apartado 2 del artículo 100 queda redactado de la siguiente forma:

"2. La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad y Consumo, en aplicación de lo previsto en el párrafo primero del apartado anterior, establece el precio industrial máximo para cada especialidad farmacéutica que se dispense en territorio nacional, financiada con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la Sanidad."

²⁴⁵ En el mismo artículo citado se señala que, a pesar de que el sistema de determinación de los precios fue objeto de una nueva regulación a partir de 1991 para adaptarse a la Directiva 89/105/CEE, del Consejo Europeo, de 21 de diciembre de 1988, relativa a la transparencia de las medidas para regular el precio de los medicamentos para uso humano y su inclusión en las prestaciones de los sistemas sanitarios

Lo que resulta contrario a lo que ocurre en otros países con sistemas sanitarios semejantes al nuestro, como el Reino Unido, donde la fijación general de los precios en función de otros intereses para favorecer a la industria implantada en el territorio nacional no impide que el NHS negocie de manera independiente los precios que le son aplicados en su ámbito²⁴⁶.

La importancia y las posibilidades de obtener ventajas en las negociaciones de ese carácter queda también de manifiesto en la oposición que las empresas farmacéuticas han venido oponiendo en los Estados Unidos a que Medicare, el sistema que presta atención sanitaria a los jubilados, pudiera negociar directamente con esas empresas los precios de los productos que le fueran aplicados en la cobertura farmacéutica de ese grupo de población. Oposición que se pudo de manifiesto de manera más reciente cuando en el segundo mandato del presidente George W. Bush se planteó la ampliación de la cobertura farmacéutica de ese sistema. Lo que finalmente se llevó a cabo a través de un complejo procedimiento que supuso implicar a las aseguradoras privadas en la gestión material y económica de esa prestación (Bach,

nacionales, *“el proceso completo de establecimiento de precio de los productos farmacéuticos sigue siendo oscuro. El resultado final viene determinado más por una serie de decisiones discrecionales y de negociaciones que consumen mucho tiempo que por un procedimiento objetivo y predecible...la impresión global es que la influencia de la evaluación económica (de los medicamentos) sobre las decisiones relativas a los precios es muy pequeña”* (López Bastida, 2000, p. 606-607)

²⁴⁶ El instrumento de negociación entre el NHS y la industria se conoce como “Pharmaceutical Price Regulation Scheme” (PPRS), y se viene negociando con diferentes características, adaptadas en cada caso al desarrollo de los medicamentos y la industria farmacéutica, que ocupa un lugar relevante en el panorama industrial británico, lo que se atribuye en buena parte a los beneficios que la firma de esa clase de acuerdos han venido suponiendo para el sector, desde 1957. Constan acuerdos específicos en ese año, y a partir de él en 1961, 1964, 1969, 1972, 1978, 1986, 1993, 1999, 2005, 2008(transitorio, para sustituir al anterior, que finalizó en agosto del mismo año) y 2009. A partir del de 2005, los términos del acuerdo tienen como referencia expresa la Sección 33 de la Ley de Salud (Health Act) de 1999. Se puede acceder a la información sobre ellos en la página www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Medicinespharmacyandindustry/Pharmaceuticalpriceregulationscheme/index.htm.

Los acuerdos, de carácter voluntario, se firman por el Departamento de Salud del Gobierno británico (DoH) y la Asociación de la Industria Farmacéutica Británica (ABPI). El sistema no controla directamente los precios de los medicamentos, que los laboratorios pueden decidir libremente al entrar al mercado del NHS, pero una vez introducidos, no pueden incrementarse sin autorización del Departamento de Sanidad (DoH). Éste sólo lo autoriza si la rentabilidad global de la empresa, sometida a un control contable riguroso, está por debajo de un cierto umbral, o si ese incremento se acompaña de una reducción de precios de otros productos, de manera que la suma de los cambios tiene un impacto neutral sobre el gasto farmacéutico público. Los objetivos de los acuerdos incluyen tanto los beneficios para el NHS en términos de provisión de medicamentos seguros y eficaces para el Servicio como para el desarrollo de la industria, y se concretan en un número muy amplio de cláusulas pormenorizadas sobre cada uno de los aspectos financieros, contables, dedicación de recursos a investigación por las empresas, requisitos de información, precios (que se han reducido en los últimos años), arbitrajes en los casos de desacuerdo, y otros que los hacen parecidos sólo en la denominación como acuerdos a los que he descrito en el caso del sistema sanitario español.

2006; Hsu, 2006; Slaughter, 2006; Thorpe, 2006; Krugman, 2007 b), excluyendo con ello tal posibilidad de negociación.

1.2.2) Los márgenes de las oficinas de farmacia y las distribuidoras.

El contexto general en el que hay que situar estas políticas es el establecido en el Real Decreto 86/1982, en el que, como he señalado antes, la modificación principal que se produjo con respecto al régimen anterior fue el establecimiento de un sistema de porcentaje único de los márgenes de unos y otros, con independencia del cuál sea el precio de los productos dispensados. Un sistema que no se ha modificado sustancialmente desde la promulgación de ese Decreto, en los últimos meses del último Gobierno de la UCD.

Del mantenimiento de ese mismo sistema se deriva de forma inexorable que los márgenes percibidos por dispensadores y distribuidores aumentan a medida que aumenta el precio de los productos. Una mecánica que, como he comentado en el apartado anterior, va unida a su vez a la aprobación de nuevos productos, siempre de precio superior a los de efectos equivalentes ya existentes. Y que se complementa con la política de conciertos también descrita ya, en la que los topes de gasto se sitúan siempre en porcentajes de crecimiento elevados, que no suponen en la práctica ninguna limitación.

El panorama global se completa con la alusión complementaria a que la propiedad mayoritaria de las distribuidoras existentes es de los propietarios de las oficinas de farmacia, según un esquema de tolerancia que no es común a otros países de nuestro entorno (se puede ver a este respecto Meneu, 2008).

En ese panorama no cabe duda de que la única defensa posible por parte del regulador para controlar de alguna forma los efectos económicos crecientes en los beneficios de las oficinas de farmacia que no fuera la de modificar el sistema de márgenes con porcentaje único, lo que ya he indicado que no ha tenido lugar, era la de rebajar aquéllos a medida que el promedio de los precios de los medicamentos dispensados aumentase.

Una medida de esas características tuvo lugar por primera vez casi tres años después del acceso del PSOE al Gobierno, mediante una Orden del Mº de la Presidencia de 10 de agosto de 1985. En ella, los márgenes de las oficinas de farmacia, que desde enero de 1982 estaban fijados en el 30% del precio de venta al público de cada especialidad, se fijó en el 28,2% de éste, equivalente, según la Orden, al 39,725 sobre el precio de venta de almacén.

Siguiendo una tónica de defensa de los intereses de sus asociados que se ha visto favorecida siempre por la desahogada situación económica de los Colegios de farmacéuticos, derivada principalmente del papel que los mismos desempeñan en la facturación de las oficinas de farmacia a los servicios sanitarios, la Organización farmacéutica colegial interpuso recurso contencioso –administrativo contra la orden citada.

En una primera fase el recurso logró, mediante auto de la sala tercera del Tribunal Supremo, la suspensión de la misma en mayo de 1986, una decisión confirmada por la misma Sala casi un año más tarde. Y en Julio de 1987 la misma sala declaró la misma Orden nula de pleno derecho, lo mismo que la resolución de la Dirección General de Farmacia que había sido dictada para el cumplimiento de la Orden anterior. La sentencia, por otra parte, declaraba que no había lugar a la indemnización de daños y perjuicios que había solicitado el Consejo de Colegios por el tiempo en que se había aplicado, pero, supuso en todo caso la vuelta a la situación anterior desde que se suspendió su ejecución.

La consecuencia del fracaso de ese intento previo fue que un año más tarde de la sentencia citada, y mediante Orden del Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno de 26 de Julio de 1988, el margen “profesional” (un concepto al que se hacía expresa alusión en el preámbulo de la norma) de las Oficinas de farmacia por dispensación y venta al público de las especialidades farmacéuticas quedó fijado en una cuantía del 29,9% sobre el precio de venta al público sin impuestos. Una Resolución del día siguiente de la Dirección General de Farmacia previó las medidas para el reetiquetado de los productos almacenados en las Oficinas y los distribuidores, así como las fórmulas para el cálculo consiguiente del PVP con IVA y del precio de laboratorio con y sin IVA, de manera que a partir de aquella fecha no se pudo vender ningún producto con el precio anterior.

Los márgenes establecidos en la norma citada, aún en la primera mitad de los años de Gobiernos socialistas, no se modificaron de hecho hasta casi diez años más tarde, en febrero de 1997, ya tras casi un año de gobierno del PP. En ese mes se dictaron dos Reales Decretos, el 164 y el 165, ambos de 7 de febrero, por los que se modificaron respectivamente “*los márgenes correspondientes a los almacenes mayoristas por la distribución de especialidades farmacéuticas de uso humano*” (almacenes cuyo régimen de funcionamiento se había regulado mediante el Real Decreto 2259, de 25 de noviembre de 1994), y los márgenes de las oficinas de farmacia

(o, de manera literal y según el título de la norma, los “*correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano*”).

De ellos, el primero estableció el margen de la distribución en el 11% del precio de venta del almacén sin impuestos, y el de las especialidades farmacéuticas distribuídas en envases clínicos en el 5% del mismo precio anterior. Por su parte, El Real Decreto 165/1997 fijó el margen de las oficinas de farmacia en el 27,9% sobre el precio de venta al público sin impuestos, y el de las especialidades en envases clínicos en el 10%. Ambas disposiciones abrieron también un plazo común para la distribución y dispensación de los envases con precios calculados con arreglo a los márgenes anteriores, que podrían ser suministras con ellos hasta el día primero del mes siguiente, debiendo etiquetarse con los nuevos precios resultantes a partir de esa fecha cualquiera que se suministrase en uno u otro nivel en una fecha posterior.

A la hora de valorar la reducción de los márgenes respecto a los previos, que llevaban haciéndose efectivos desde la norma de 1988, habría que considerar de una parte el incremento del precio medio de los medicamentos utilizados, cuyo uso durante esos casi diez años intermedios se había ido derivando, siguiendo las pautas descritas, hacia los nuevos medicamentos aprobados, de precio superior. Pero, de otro lado, resulta llamativo considerar que lo que no se había realizado por el Partido Socialista durante casi diez años en este campo, pese a la previsión de hacerlo que se había introducido en el artículo 100 de la Ley 25/1990, del medicamento, aprobada por una Gobierno socialista en aquel año, se llevó a cabo con mayor decisión al poco de la entrada en el Gobierno del Partido Popular. A lo que sin duda contribuyó la situación de crisis económica que se produjo en aquellos años. Pero que, en todo caso, le llevó a adoptar una medida que, como otras que se comentan después, tocó sin duda los intereses de algunos de los grupos de interés más acreditados que existen en el sector con un grado de decisión del que habían adolecido los gobiernos socialistas anteriores.

Fuera por la situación de crisis económica manifiesta e imprescindible necesidad de reducir el gasto farmacéutico en la que se tomaron esas medidas, fuera también por la decisión mostrada por el Gobierno que las adoptó, o incluso porque en la cuantía en la que se movieron no dañaba de manera muy importante los beneficios de uno y otro sector, el hecho es que las normas citadas no fueron recurridas como la habían sido más de diez años atrás.

Dos años después de la adopción de esas primeras medidas por el PP, el Real Decreto-Ley 6/1999, de 16 de abril, de medidas urgentes de liberalización e incremento

de la competencia, dictado en una situación de apuro económico aún mayor, redujo (en su artículo 9) el margen de los almacenes farmacéuticos al 9,6% del precio de venta del almacén sin impuestos. Como en el caso de las normas previas, la norma abrió un plazo transitorio hasta el día primero del mes siguiente para distribuir los medicamentos almacenados con el precio anterior.

Por su parte, un año más tarde el Real Decreto-ley 5/2000, de 23 de Junio, de medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso de los medicamentos promovió una serie de medidas que, sin modificar el tipo del margen general para la dispensación de los medicamentos por las oficinas de farmacia, se orientaban a garantizar una mayor contribución de los beneficios de éstas a reducir el gasto farmacéutico del SNS. Esas medidas adoptaban distintas formas:

-Para el caso de las especialidades farmacéuticas publicitarias, el artículo 1 del Real Decreto-ley producía el añadido de una disposición adicional octava a la Ley 25/1990, del medicamento, estableciendo que *“el precio fijado en el envase de las especialidades farmacéuticas publicitarias será considerado como precio máximo de venta al público. Reglamentariamente se establecerá el descuento máximo aplicable por las oficinas de farmacia a estas especialidades”*.

-Por su parte, el artículo 2 mantenía la cuantía del margen establecido para la mayoría de los medicamentos, estableciendo, sin embargo, un margen fijo de 5.580 pesetas por envase para todas aquellas especialidades cuyo precio de venta de laboratorio fuera superior a 13.035 pesetas (una norma que palió los efectos para las oficinas de farmacia individuales mediante el stockage de los productos más caros en los almacenes de distribución, de propiedad compartida por los propietarios en buena parte de ellos). Además, la norma establecía un margen específico del 33% sobre el precio de venta al público sin impuestos para las especialidades farmacéuticas genéricas, que habían empezado a desarrollarse tímidamente, y de las que se esperaba un precio inferior.

-Pero la medida más novedosa en esta materia, aunque en la línea de lograr aportaciones económicas de las oficinas de farmacia según su nivel de facturación que había orientado la firma de convenios en otra época, estaba contenida en el artículo 3 de la misma norma. En él se añadía una disposición adicional al Real Decreto 165/1997, estableciendo una escala de deducciones porcentuales de seis tramos (a partir de 4.600.000 pesetas de facturación y hasta las cifras por encima de 42.000.000 millones), que se aplicarían para el cálculo de los márgenes correspondientes a cada oficina de

farmacia por la facturación (en términos de precio de venta al público incrementado con el IVA) de las recetas dispensadas “*con cargo a los fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad*”²⁴⁷.

-Por último, el Real Decreto-ley 6/2000 estableció en su artículo cuarto la misma excepción para los márgenes de los almacenes de farmacia, que se mantienen al mismo nivel del 9,6% general, que el establecido para las oficinas, de manera que, para especialidades con precio de venta de laboratorio superior a 13.035 pesetas, el margen era uniforme, de 1384 pesetas por envase.

La disposición anterior fue posteriormente modificada todavía con Gobierno del PP, en 2003, mediante el Real Decreto 1328, de 23 de octubre de ese año. La modificación supuso excluir del cálculo de la deducción por nivel de facturación la cantidad correspondiente en cada caso a la venta de productos con un PVP con IVA incluido que superase los 78,34 euros (el equivalente al de los medicamentos excluidos del sistema de márgenes común).

Siguiendo las pautas marcadas por las normas anteriores dictadas por el PP, en diciembre de 2004, a los pocos meses de volver el PSOE al Gobierno, dictó un Real Decreto (2402/2004, de 30 de ese mes) en el que se combinaba la modificación de algunos de los límites concretos de aplicación de las disposiciones anteriores con una revisión a la baja de los precios de los medicamentos no incluidos en el sistema de precios de referencia (al que se hace alusión más adelante), con excepción de aquellos con precio de venta de laboratorio (PVL) inferior a dos euros. La rebaja prevista era de un 4,2% en el año 2005, y un 2% en el 2006.

En cuanto a los márgenes de los almacenes farmacéuticos, para aquellas especialidades cuyo PVL fuera inferior a 89,62 euros, el margen quedó fijado en el 8,6% para el año 2005, y en el 7,6% para el 2006. Por su parte, el margen único de las

²⁴⁷ El apartado 2 del mismo artículo establecía que a aplicación de lo anterior a la facturación de recetas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS se regularía mediante una norma específica. Esa norma (es el Real Decreto 2130/2008, de 26 de diciembre, por el que se regula el procedimiento para aplicar las deducciones correspondientes a la dispensación de medicamentos de uso humano con cargo a las mutualidades de funcionarios) no se publicó en el BOE hasta el 14 de enero de 2009. Eso supone que durante todos esos años intermedios las oficinas de farmacia se han beneficiado de la ausencia de regulación de esa reducción de la facturación. Cuando se ha hecho, en vez de sumar las facturaciones de todos los sistemas hasta alcanzar un nivel de facturación global que determine la reducción, se ha establecido una escala propia e independiente, que resulta perjudicial para determinadas oficinas en las que se concentra una mayor proporción de usuarios de esos regímenes (por ejemplo, en las cercanías de grupos de viviendas militares). Lo que ha llevado al recurso de la norma por los Colegios de Farmacéuticos.

especialidades de precio superior al indicado se fijó en 8,43 euros en el año 2005, y en 7,37 euros a partir del 2006.

A su vez, para las oficinas de farmacia, siguiendo el criterio marcado previamente por el PP en la modificación del año 2000, el margen se mantuvo en el 27,9% para las especialidades de PVL inferior al indicado en el caso de los almacenes, fijando en 37,94 euros el margen de las especialidades superiores a ese precio en 2005, y en 37,53 euros en 2006. Igualmente se modificaron los tramos de facturación para aplicar los descuentos por la facturación global de cada oficina de farmacia, estableciendo seis tramos entre 31.627,66 y 288.774,29 euros de facturación, con porcentajes de deducción un poco más elevados, manteniendo en todo caso la exclusión del cálculo de los productos de precio superior a los repetidos 89,62 euros.

Todo ello se justificó por la necesidad de adecuar estos márgenes a la subida en promedio del precio de los medicamentos, con lo que la aplicación de estas medidas correctoras supone siempre un retraso respecto a la elevación progresiva de los precios, en especial a medida que se van aprobando nuevos productos. Lo que llevó, además de a complementar estas medidas con las rebajas de los precios citadas, a prever en la misma norma una actualización anual de los tramos y los porcentajes de deducción previstos en la propia norma.

Si cabe deducir alguna conclusión de estas medidas, ésta no puede ser otra que la que la iniciativa en la adopción de nuevas medidas en este campo, a pesar de las limitaciones que puedan tener éstas, ha correspondido principalmente a los períodos de gobierno del PP.

c.2) Algunas modificaciones en las políticas farmacéuticas a partir de la Ley 25/1990, del Medicamento.

Así como la Ley 14/1986, General de Sanidad, constituye un hito, al menos aparente, en la constitución del sistema sanitario postconstitucional español, la norma que debería desempeñar un papel equivalente en el campo de las políticas farmacéuticas es la Ley 25/1990, del medicamento.

El propio retraso en su promulgación, hasta cuatro años posterior a la Ley General de Sanidad, junto con la continuidad de diferentes políticas dentro del campo de la farmacia, que he analizado en los apartados anteriores, durante los casi ocho años que mediaron entre el acceso del PSOE al Gobierno y su promulgación, resultan una buena expresión de que esta norma no desempeñó ese papel, al menos con carácter general.

En el transcurso de esos años tuvo lugar otro hecho con repercusión casi directa sobre la regulación de las políticas farmacéuticas, que fue la adhesión de España a la Comunidad Económica Europea, que tuvo lugar en 1985. En el ámbito de ésta, concebida ante todo como un espacio de libre circulación de mercancías y capitales, las regulaciones más amplias e importantes en el campo sanitario tenían sobre todo que ver con las aplicables a los productos farmacéuticos, de manera que se hiciesen efectivas ante todo unas mismas condiciones de seguridad y uso indistinto de los medicamentos producidos en distintos países y, por tanto, de los autorizados para su uso en cada uno de ellos, sin perjuicio de una competencia reglada en su distribución.

Por el contrario, las condiciones de cobertura sanitaria pública de la población, y los mecanismos de inclusión en la misma de los productos farmacéuticos, así como los instrumentos de relación de los servicios públicos de cada país con la industria del sector, quedaban (y quedan todavía) fuera del ámbito de la regulación propio de la Unión Europea, y se sitúan, por el contrario, en el terreno de la responsabilidad propia de cada país.

En ese contexto, resulta explicable que el contenido principal de la Ley 25/1990, del medicamento, se dirigiese ante todo a establecer una regulación de la producción de los medicamentos para hacerla homologable a la establecida en el ámbito de la actual Unión Europea. Regulación que fue necesario complementar en el desarrollo posterior de la Ley con numerosas normas que traspusieron un amplio panel de Directivas de los órganos europeos referidos a esta cuestión. Aunque el hacerlo así, en detrimento de las medidas que pudieran dirigirse de marea específica al principal problema, que en el campo de las políticas farmacéuticas era y sigue siendo el gasto en medicamentos en el que incurre de manera sostenida el sistema sanitario español, constituye por sí mismo un argumento añadido para justificar el escaso grado de prioridad que las políticas sanitarias en su concepción más amplia han tenido en el desarrollo democrático del Estado español desde la Transición.

En el caso de la Ley del medicamento, en su versión inicial la ley se estructuró en 10 Títulos, 8 disposiciones adicionales, 7 transitorias, una derogatoria y una final. Las mismas denominaciones de los primeros resultan expresivas de los contenidos más ampliamente atendidos por la norma:

-El primer Título se refiere a las Disposiciones generales, de entre las que en este análisis me parece interesante resaltar, por tratarse de una cuestión a la que me he

referido anteriormente, el contenido del artículo cuarto, relativo a las “incompatibilidades profesionales”.

Al hacer referencia a las mismas en ese artículo se incluyeron las relativas al ejercicio de cualquiera de las profesiones sanitarias no farmacéuticas *“con cualquier clase de intereses económicos directos derivados de la fabricación, elaboración, y comercialización de los medicamentos y productos sanitarios”*. Asimismo, *“el ejercicio profesional farmacéutico en oficina de farmacia o en un servicio de farmacia hospitalaria y demás estructuras asistenciales será incompatible con cualquier clase de intereses económicos directos de los laboratorios farmacéuticos”*. Y *“el ejercicio clínico de la medicina, odontología y de la veterinaria serán incompatibles con la titularidad de la oficina de farmacia”*.

Casualidad de casualidades, la norma dejaba así al margen la incompatibilidad más común, a la que ya he hecho referencia como facilitada por las disposiciones que a la vez limitaban la propiedad de la oficina de farmacia a los farmacéuticos titulados y facilitaban la existencia de figuras de sustitución que permiten la ausencia de dicha oficina de su propietario²⁴⁸: la que afecta al farmacéutico que trabaja de una u otra manera en los servicios públicos, sea en aspectos clínicos o administrativos y reguladores de los mismos, y la propiedad de la oficina de farmacia. Una situación que, como he indicado, tenía una extensión significativa en aquel momento.

-A partir del Título segundo, el contenido de la Ley se centraba en los aspectos antes citados:

* El Título 2, denominado “De los medicamentos”, era el más extenso, dividido en seis capítulos, con denominaciones bien descriptivas de sus contenidos: “De los medicamentos reconocidos por la Ley y sus clases”; “De la evaluación, autorización, registro y condiciones de dispensación de las especialidades farmacéuticas”; “Requisitos sanitarios de los demás medicamentos”; “Medicamentos especiales” (siete secciones); Farmacopea y control de calidad”; y “Farmacovigilancia”.

²⁴⁸ Por su parte, el artículo 88 de la misma Ley reforzó la concepción de la dispensación de medicamentos, incluso los envasados, como una actividad profesional del farmacéutico que exige la presencia permanente de la menos uno en la oficina de farmacia, previendo, en todo caso en un apartado del mismo artículo que *“a partir de un determinado volumen de actividad profesional se establecerá reglamentariamente la necesidad de farmacéuticos adicionales, además del titular o sustituto en su caso, por oficina de farmacia...”*, descripción que suponía en la práctica la consolidación efectiva de las figuras de sustitución mencionadas, que daban pie a situaciones de incompatibilidad como las citadas, sin haber sido objeto de ninguna regulación limitativa posterior.

* El Título tercero, dotado de un capítulo único, constituye la primera regulación “de los ensayos clínicos”, una actividad que, por las condiciones propias de nuestro sistema sanitario, ha sido objeto de un gran desarrollo efectivo posterior.

*El Título cuarto se refiere a “los fabricantes y distribuidores de medicamentos”, dedicando cada uno de sus dos capítulos a los laboratorios farmacéuticos y los almacenes mayoristas respectivamente.

*El quinto, a “las garantías sanitarias del comercio exterior de medicamentos” (importación y exportación).

* El sexto, al “uso racional de los medicamentos”. Este Título, más allá de la invocación de un deseo de difícil cumplimiento y sobre todo regulación²⁴⁹, pese a que el Título contiene cinco capítulos, tiene el interés específico de que en el artículo 94, incluido en el último de aquéllos, se hace referencia a la posibilidad de excluir algunos medicamentos de la financiación pública. Era una disposición novedosa que, aunque retrasado y utilizado al margen de otras medidas complementarias, lo que le ha restado eficacia como instrumento de control del gasto, ha tenido un desarrollo específico posterior que comento a continuación.

* El Título séptimo se refería a las Comisiones consultivas.

* El octavo, a “la intervención de los precios de los medicamentos”, una cuestión en la que la Ley no introdujo novedades sustanciales respecto a las políticas que se venían siguiendo, y que fue objeto de modificaciones posteriores que he comentado en los apartados anteriores referidos a esta cuestión.

* Por último, los Títulos noveno y décimo se referían respectivamente al régimen sancionador y a las tasas a cobra por diferentes actuaciones de las necesarias para desarrollar lo previsto en los Títulos anteriores.

En los apartados siguientes se describe de manera sucinta el desarrollo posterior de las medidas previstas en la Ley que supusieron un cambio respecto a la situación anterior en diferentes aspectos de la regulación en esta materia. Son los siguientes:

2.1)El registro de nuevas especialidades farmacéuticas.

Como he señalado en la introducción de este punto, a la promulgación de la Ley había diferencias sustantivas en las normas que regulaban el registro de nuevos medicamentos en España y las que lo hacían en el ámbito de la entonces denominada

²⁴⁹ E. Costas califica la referencia al uso o prescripción racional del medicamento de “*fábula perjudicial...en la que cabe todo lo que el juicio de cada persona quiera meter, que se repite sin cesar y sin saber lo que se dice, como una muletilla vacía*”. (Costas, 2004. p.25).

Comunidad Económica Europea, que, por otra parte, en aquellos años estaba desarrollando ampliamente una normativa común sobre esta cuestión, de manera que se facilitase desde el punto de vista de la seguridad de los medicamentos el libre comercio de estos productos entre los países asociados.

La normativa española más reciente en esta materia databa de 1977, año en el que se dictó el Real Decreto 3152, de 7 de noviembre, *“por el que se da nueva regulación al Registro de Especialidades Farmacéuticas”*. Éste, en el contexto del aumento del gasto farmacéutico que ya se daba en aquella época, que se atribuía ya al desarrollo de nuevos productos que superaban en precio a los ya registrados, había establecido una clasificación de los medicamentos en tres grupos con arreglo a la diferenciación y efectos terapéuticos novedosos que aportasen, limitando a dos el número de los que se pudieran registrar anualmente por cada laboratorio que no reuniesen esas condiciones, y a trescientos el que se podría autorizar por los laboratorios en su conjunto de la misma condición. Por su parte, un Decreto anterior, el, de 10 de mayo de 1973, *“sobre regulación del Registro Farmacéutico”*, incluía diversas disposiciones que habían supuesto un cierto avance formal en aquella época, al requerir siquiera una descripción más pormenorizada de las características de cada producto para su inscripción en el registro que las que se exigían en un Decreto el 849/1970, de 21 de marzo, que era la norma anterior.

Entre otros antecedentes hay que hacer también referencia a dos normas, el Real Decreto 2730/ 1981, de 19 de octubre, y una Orden del Mº de Sanidad y Consumo por la que se desarrolló el anterior, referidas ambas al registro de especialices farmacéuticas publicitarias.

En ese panorama, la ley incluyó las diferentes cuestiones relativas al registro de los medicamentos y otras cuestiones relacionadas con ello en los Títulos que he mencionado antes. Esas disposiciones se desarrollaron un tiempo después, en 1993, mediante el Real Decreto 767, de 21 de mayo de ese año, *“por el que se regula la evaluación, autorización, registro y condiciones de dispensación de especialidades farmacéuticas y otros medicamentos de uso humano fabricados industrialmente”*.

De esta norma merecen destacarse dos aspectos. El primero, la a modo de confesión de parte que se hace en su preámbulo, indicando de manera expresa a su inicio que *“un aspecto fundamental de la regulación farmacéutica es el de la evaluación, autorización y registro de los medicamentos, especialmente en el caso de los de fabricación industrial. Es el aspecto al que la Ley 25/1990, de 20 de diciembre,*

del medicamento, dedica una mayor atención, y donde el texto articulado encuentra un mayor grado de detalle". No parece que pueda encontrarse una mejor expresión de que la valoración en el mismo sentido hecha en la introducción anterior de este apartado no constituye sólo una apreciación subjetiva, sino que tiene su base en la propia actitud del legislador a la hora de priorizar los problemas a los que la Ley dedicó su atención.

El segundo aspecto es el del sentido del desarrollo efectuado en la norma, que constituye ante todo una adaptación de la regulación española a las normas europeas. La mejor prueba de ello es que el mismo preámbulo del Decreto cita de manera repetida hasta un total de 13 Directivas Europeas de distinto rango (de la Comisión; del Consejo) sobre esta materia.

El comentario añadido que se puede hacer es que, centrada la norma en esa adaptación normativa a lo que es en todo caso un "mínimo común", se dejaron de lado otros aspectos de la regulación del registro que podrían haber tenido efectos positivos sobre el control del gasto. El crecimiento de éste en el caso español se atribuye en buena parte, como he indicado en repetidas ocasiones, a la vinculación entre el registro de nuevos productos y el establecimiento arbitrario, derivado sobre todo de la relación entre la Administración (no sólo la sanitaria) y la industria, de precios más elevados para los nuevos medicamentos, sin consideración de su valor añadido ni de sus efectos terapéuticos comparados con los de los productos ya autorizados. Esta es una línea de trabajo que se ha concretado en los registros de los medicamentos en otros países, en los que la autorización de nuevos productos viene precedida de una evaluación económica de coste-efectividad de los mismos, llevada a cabo por organismos creados al efecto, de los que el NICE británico, que desarrolla también otras labores pero cuya función incluye también ésta, es el ejemplo actual más conocido.

En España, ni siquiera cuando, ya en la época de Gobierno del PP, se creó en la ley 66/1997, de 30 de diciembre, de Finales, Administrativas y del Orden Fiscal, la Agencia del Medicamento, a la que se le atribuyó entre otras la función de registro, se incluyó entre ellas la de la evaluación previa a la autorización mencionada²⁵⁰.

La exclusión de la previsión siquiera inicial de esos estudios de evaluación constituye por ello un buen reflejo de las limitaciones con la que se abordaron las

²⁵⁰ Todavía el artículo 90 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, a la que se ha hecho ya referencia previa en otros apartados, que constituye la regulación general más reciente en esta materia, al referirse al establecimiento del precio de los productos habla de que "*la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos tendrá en consideración los informes sobre utilidad terapéutica de los medicamentos que elabore la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*", obviando una vez más cualquier referencia a estudios comparados de coste-efectividad en relación con productos ya registrados.

modificaciones normativas en materia de registro, cuyo valor quedó limitado a la adecuación formal de la normativa española a las exigencias derivadas de la normativa europea común.

Un cambio introducido posteriormente en la redacción del apartado del artículo 22 de la ley 25/1990, lo que se llevó a cabo mediante el artículo 110 de la Ley 50/1998 , de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social de aquel año, en el que “*por razones sanitarias objetivas*” permitía “*sujetar a reservas singulares la autorización de las especialidades farmacéuticas que así lo requieran por su naturaleza o características, así como las condiciones generales de prescripción y dispensación de las mismas o las específicas del Sistema Nacional de Salud*”, no ha tenido una proyección más amplia que permita cambiar el criterio expresado en los párrafos anteriores respecto al desarrollo limitado del registro español.

El escaso sentido innovador impreso a la nueva regulación de éste queda más aún de manifiesto si se considera que en el año 2000 se seguían haciendo modificaciones de los anexos del Real Decreto 767/1993, al que me referido antes, sin hacer otros cambios más sustanciales en el mismo, modificaciones que se llevaron a cabo mediante un Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 3 de marzo de 2000. Pero el mejor ejemplo de la cristalización alcanzada en el sistema de registro lo constituye que en 1996, mediante una orden de 25 de Julio del mismo Ministerio, todavía se andaba modificando el contenido de un anexo de la orden de 17 de septiembre de 1982, es decir, de catorce años antes, que desarrollaba el Real Decreto 2730/1981, sobre el registro de especialidades farmacéuticas publicitarias, normativa ocho años anterior a la Ley 25/1990, que todavía no ha sufrido ningún cambio posterior.

2.2) La financiación selectiva de medicamentos.

En la descripción más general de la ley he hecho ya alusión a que el Título sexto de la misma contenía algunas disposiciones, en concreto en su artículo 94, que permitían que pudieran “*no financiarse con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la Sanidad aquellos medicamentos cuyas indicaciones sean sintomatológicas o para síndromes menores, así como las exclusiones totales o parciales, determinadas por el Gobierno de grupos, subgrupos, categorías o clases de medicamentos o productos sanitarios, cuya financiación pública no se justifique o no se estime necesaria*”.

La primera aplicación de esa disposición se produjo tres años más tarde, mediante el Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, *“por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud”*. La norma, que se desarrolló mediante una Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 6 de abril del mismo año, supuso la exclusión de alrededor de 800 especialidades farmacéuticas, clasificadas por grupos (productos estomatológicos, antiflatulentos, antiácidos asociados con antiespasmódicos, y así hasta completar la relación). Y supuso, “como es natural”, utilizando una expresión muy propia de quien hasta poco tiempo antes había capitaneado la formación política Popular, la oposición de la oposición, que calificó la medida de inmediato como el (primer) “medicamentazo”. Una denominación en cuya expresión inicial no se incluyó el calificativo ordinal, sin duda porque para entonces no tenía previsto que cuando llegara al Gobierno adoptaría al cabo de poco tiempo una segunda medida similar.

Unos años más tarde, el Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, todavía con Gobierno del PSOE, reguló *“la selección de efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad, y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados”*.

La siguiente medida en este terreno hay, sin embargo, que incluirla ya en el cómputo de las desarrolladas por el Partido Popular. En el curso del mismo 1996, la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social incluyó en su artículo 169 varias modificaciones de la Ley 25/1990, del Medicamento, con repercusión sobre esta cuestión.

Mediante la primera de esas medidas, que suponía la adición de un apartado 6 bis al artículo 8 de la Ley citada se introdujo el concepto de *“especialidad farmacéutica genérica”*, definiendo ésta, en términos más limitativos (sobre todo en cuanto a su identidad de composición química) que la definición del concepto de producto genérico que se aplicaba y se aplica en otros países, como *“la especialidad con la misma forma farmacéutica e igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales que otra especialidad de referencia, cuyo perfil de eficacia y seguridad esté suficientemente establecido por su continuado uso clínico. La especialidad farmacéutica genérica debe demostrar la equivalencia terapéutica con la especialidad de referencia mediante los correspondientes estudios de bioequivalencia. Las diferentes formas farmacéuticas orales de liberación inmediata podrán considerarse la misma forma farmacéutica siempre que hayan demostrado su bioequivalencia”*.

La misma norma añadió a su vez un apartado 6 al artículo 94 de la ley 25/1990 que rezaba así: *“El Gobierno, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, podrá limitar la financiación pública de medicamentos, estableciendo que, de entre las distintas alternativas bioequivalentes disponibles, sólo serán objeto de financiación con cargo al Sistema Nacional de Salud las especialidades farmacéuticas cuyos precios no superen la cuantía que para cada principio activo se establezca reglamentariamente.*

Esta limitación en la financiación de las especialidades farmacéuticas financiadas con fondos públicos no excluirá la posibilidad de que el usuario elija otra especialidad farmacéutica prescrita por el médico que tenga igual composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, forma farmacéutica, vía de administración y dosificación y de precio más elevado, siempre que, además de efectuar, en su caso, la aportación económica que le corresponda satisfacer de la especialidad farmacéutica financiada por el Sistema, los beneficiarios paguen la diferencia existente entre el precio de ésta y el de la especialidad farmacéutica elegida”.

La importancia de esta disposición se debe a que, pese al escaso desarrollo que han tenido los genéricos en nuestro país hasta ahora por las razones que se explican más adelante, supuso el inicio de la posibilidad legal de su desarrollo. Además de eso, se trae, sin embargo, a este punto porque supuso también la apertura de la posibilidad de establecer limitaciones a la financiación de medicamentos por razones de coste, lo que adquiriría su desarrollo más completo con el establecimiento de precios de referencia para determinados grupos de medicamentos, una cuestión a la que se refiere el apartado siguiente.

Con todo, la mejor expresión de la limitación de cualquier medida para el control del incremento del gasto farmacéutico adoptada de manera aislada, incluida la exclusión de un número limitado de medicamentos de la financiación pública, habían sido ya para entonces los efectos de la norma de financiación selectiva anterior: si se observa la evolución del crecimiento del gasto tras la primera norma de ese carácter adoptada en 1993, esos efectos moderadores se limitaron a tan sólo unos meses, tras lo que, por la continuidad de las medidas compensatorias adoptadas por la industria, en especial la creación del hábito de prescripción de las nuevas especialidades que iban siendo aprobadas, al poco tiempo se recuperó el ritmo de crecimiento anterior.

La observación de esos efectos limitados está en la base de que el Gobierno del PP, que en éste como en otros campos de las políticas farmacéuticas se mostraba más activo que los gobiernos socialistas anteriores, adoptase una nueva medida de financiación selectiva, que aumentó de manera tan significativa en términos numéricos como la anterior el número de medicamentos excluidos de la financiación pública, en el contexto, o con el acompañamiento en un período temporal muy próximo, de otras normas complementarias. De entre ellas, la norma sobre precios de referencia que ya he citado y a la que se hace más amplia alusión en el apartado siguiente.

Por su parte, ese “segundo medicamentazo” específico, calificación que recibió a su vez de quien ahora ejercía la oposición tratando de establecer diferencias con el anterior, que en todo caso no eran sustantivas, se definió en el Real Decreto 1663/1998, de 24 de Julio, *“por el que se amplía la relación de medicamentos a afectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad”*. La norma se justificaba en su preámbulo por *“la evolución del criterio de uso racional, el desarrollo de los conocimientos científicos y el necesario control del gasto público en el ámbito sanitario”*, y aunque incluía algunos grupos terapéuticos aislados, se refería ante todo (21 de 38 subgrupos incluidos en la norma) a asociaciones terapéuticas consideradas poco adecuadas para una modulación “racional” de las dosis de cada uno de los medicamentos incluidos en aquéllas.

Algo más de un año después, el artículo 77 de la Ley 55/1999, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social de ese año modificó el apartado 11 del artículo 31 de la Ley 25/1990, estableciendo que *“No serán financiadas con fondos públicos las especialidades farmacéuticas de las cuales se haga publicidad dirigida al público en cualquier forma. La exclusión de la financiación de una especialidad farmacéutica financiada con fondos públicos se decidirá con carácter previo a que, en su caso, se autorice la realización de publicidad sobre la misma”*.

Dejando aparte los aspectos relacionados con la actitud de los dos partidos mayoritarios en la aplicación de medidas de esta naturaleza, sobre los que he llamado repetidamente la atención, de la descripción anterior cabe también destacar la utilización repetida de normas no específicas, en concreto de la denominada “ley de acompañamiento”, calificada como ley “omnibus”, para la regulación de estas cuestiones por parte del PP. Lo que, si por haberse utilizado de manera generalizada también en otros campos terminó por poner en cuestión ese uso de una norma de tramitación paralela y complementaria a la presupuestaria de cada año para regular

cuestiones tan dispersas, en el caso de las normas farmacéuticas sirve para poner de relieve que el contexto en el que se adoptaron esas reglas fue el económico, con el objeto de atajar de manera más decidida el ritmo de crecimiento del gasto farmacéutico, una cuestión que continuaba siendo el principal factor de preocupación en este sector.

2.3) La política de precios de referencia.

A los fines con los que se realiza este análisis, la mejor valoración de esta política es la que se deriva de la descripción del momento en el que se inició: prevista, como he indicado al describir la Ley 25/90, del medicamento, en el apartado 6 del artículo 94 de ésta, no fue hasta 1999, tres años después de la llegada al Gobierno del Partido Popular, cuando se desarrolló una norma que permitió iniciar su aplicación. Lo que, sin embargo, no fue posible llevar a cabo hasta un año después, como consecuencia de los pormenores de su desarrollo. Un tiempo en el que los tiras y aflojas con diferentes grupos de laboratorios para defender sus intereses en la definición los grupos terapéuticos homólogos a los que aplicar estos precios se llevaron la parte más importante de la atención.

Pese a todas esas dificultades para definir la medida y para lograr finalmente su aplicación, en la que no todo son claros (a las interferencias de esta política con el apoyo decidido a los genéricos he hecho ya alguna referencia y se hace aún más explícita a continuación), de manera general se puede afirmar que la introducción de esta política, sobre todo realizada en combinación con otras, es la que de manera más importante cambió siquiera de manera parcial, pero significativa, el panorama del control del gasto farmacéutico en nuestro país. Y ello pese a que otras políticas, que ya se han comentado en apartados previos, y el mismo desarrollo de ésta, han paliado de alguna manera sus efectos, y el control del incremento de esta partida del gasto sigue constituyendo un problema relevante para el desarrollo global del SNS.

Tras algunos cambios en la redacción del artículo citado, modificaciones que tuvieron lugar ya con Gobierno del PP en las leyes 13/1996, de 30 de diciembre, y 66/1997, del mismo día de igual mes un año después, ambas denominadas “*de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social*” de sus períodos respectivos, fue el Real Decreto 1035/1999, de 18 de Junio, “*por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamentos con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad*” el que rompió la barrera de su primera regulación.

Como he indicado, la Orden ministerial necesaria para precisar los grupos terapéuticos a los que aplicar el precio de referencia en cada caso, y los medicamentos incluidos en cada uno de ellos, se demoró más de un año: la mejor manera para los laboratorios de sentirse preservados de los efectos de la norma en términos de los precios pagados por sus productos era seguir estando excluido de cualquiera de los grupos citados. Y ello pese a que el sistema escogido en la norma primera para establecer el precio de referencia de cada grupo no era el que permitía prever un nivel de precio más bajo²⁵¹. En todo caso, cabe pensar que los laboratorios más afectados por el sistema serían los que disponían de menos productos innovadores y, en este sentido, buena parte de los laboratorios nacionales, cuyas líneas de producción se seguían orientando por la posibilidad de acogerse a la patente de proceso, que sigue en vigor, como he indicado antes, hasta 2012. Cabe deducir también por eso que las presiones políticas para sostener los intereses de esos laboratorios en la definición de los conjuntos homogéneos procedieran principalmente del territorio catalán, en el que, además de en Madrid, se ubica buena parte de los laboratorios existentes en el territorio español (Tablas 25 y 26 y Gráfico 7).

²⁵¹ El artículo 2 del Real Decreto 1035/1999 establecía para el cálculo del precio de referencia de cada conjunto homogéneo el siguiente método:

“1. Al objeto de fijar las cuantías de los precios de referencia, se tendrán en cuenta criterios que se aplicarán a la totalidad de las presentaciones de especialidades farmacéuticas autorizadas, con la misma composición cualitativa y cuantitativa en sustancias medicinales, dosis, forma farmacéutica, vía de administración y presentación, tengan o no la calificación de bioequivalentes. Dichos criterios son los siguientes:

a) Se calculará un precio de referencia para cada conjunto homogéneo que será la media ponderada por las ventas de los precios de venta al público, impuestos incluidos, del número mínimo de las presentaciones de especialidades de menor precio, necesario para alcanzar una cuota del mercado en unidades del 20 por 100.

b) En aquellos casos en que la diferencia entre el precio obtenido y la presentación de mayor precio del conjunto homogéneo considerado sea inferior al 10 por 100 de este último, se fijará como precio de referencia el resultante de disminuir en un 10 por 100 el precio más elevado.

c) Si la diferencia entre la presentación del precio más elevado del conjunto homogéneo considerado y el de referencia es superior al 50 por 100 del primero de ellos, el precio de referencia será el resultante de deducir el 50 por 100 del precio más elevado.

d) En todo caso el precio de referencia no será inferior al de la presentación de la especialidad farmacéutica genérica, que en el conjunto homogéneo tenga un menor precio de comercialización.

2. Para el cálculo de la media ponderada se tendrán en cuenta los consumos en unidades por la Seguridad Social a través de oficinas de farmacia, según los últimos datos disponibles referidos a doce meses, y los precios de comercialización vigentes el último día de ese mismo período”.

Tabla 25. Número de empresas farmacéuticas en España en 2005, 2006 y 2007.

Año	Con actividad productiva (1)	Laboratorios titulares de registros de especialidades farmacéuticas
2005	247	410
2006	244	418
2007	243	448

(1) Empresas fabricantes de materias primas y/o productos farmacéuticos con 10 empleados o más.
Fuentes: FARMAINDUSTRIA a partir de INE (Directorio Central de Empresas) y Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (Catálogo de Especialidades Farmacéuticas '06, '07 y '08).

Fuente: Anuario El Médico, 2009.

Tabla 26. Distribución por CCAA de laboratorios titulares de especialidades farmacéuticas en 2005, 2006 y 2007.

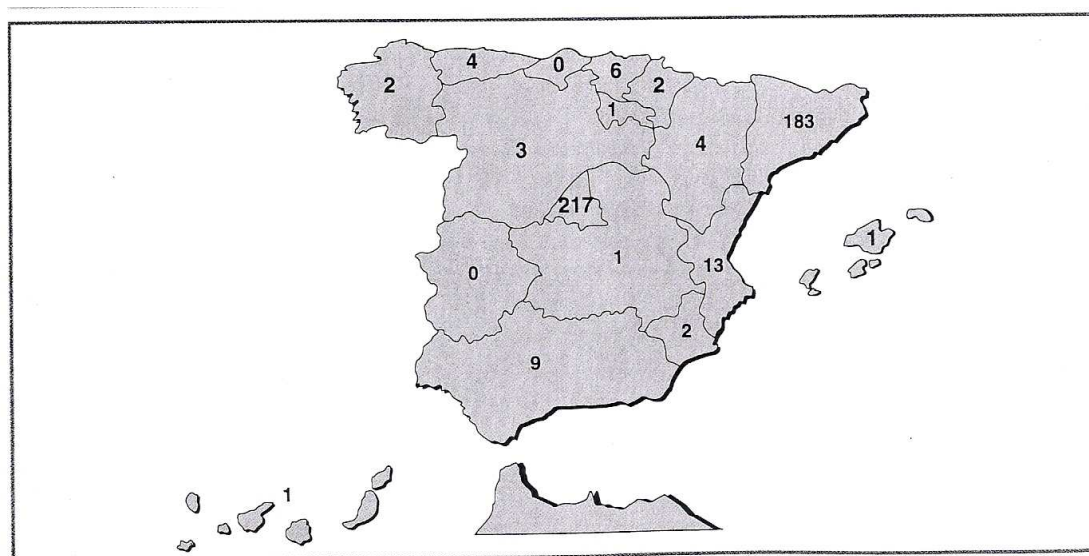
Comunidades autónomas	Laboratorios titulares de especialidades farmacéuticas			Comunidades autónomas	Laboratorios titulares de especialidades farmacéuticas		
	2005	2006	2007		2005	2006	2007
Cataluña	169	171	183	Asturias	3	4	4
Madrid	198	201	217	Cantabria	0	0	0
Com. Valenciana	12	13	13	Murcia	1	1	2
Andalucía	8	9	9	Navarra	1	2	2
Aragón	4	4	4	Baleares	1	1	1
Pais Vasco	6	6	6	Castilla-La Mancha	1	1	1
Castilla y León	3	3	3	Extremadura	0	0	0
Galicia	3	2	2	La Rioja	0	0	1
Canarias	0	0	1	TOTAL	410	418	449

Fuente: Catálogo de Especialidades Farmacéuticas (2006, 2007 y 2008).

Fuente: Anuario El Médico, 2009.

Año y medio después, el 27 de diciembre de 2001, se dictó una nueva Orden “por la que se determinan nuevos grupos homogéneos de presentaciones de especialidades farmacéuticas, se aprueban los correspondientes precios de referencia y se revisan los precios de referencia aprobados por orden de 13 de julio de 2000”. Esta operación se repitió mediante órdenes comunicadas (SCO) 3215, de 4 de diciembre de 2002; 2958, de 23 de octubre de 2003 (modificada por otra orden 3524, de 12 de siembre del mismo año); y 1344, de 5 de mayo de 2004. En todas ellas se determinaron nuevos conjuntos de especialidades farmacéuticas y se atribuyó a cada uno de ellos el precio de referencia correspondiente.

Figura 1. Distribución por CCAA de laboratorios titulares de especialidades farmacéuticas en 2007.



Fuente: FARMAININDUSTRIA a partir del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (Catálogo de Especialidades Farmacéuticas'06, 07 y 08).

Fuente: Anuario El Médico, 2009.

Como resultado de estas definiciones, hasta diciembre de 2002 se habían fijado un total de 179 conjuntos homogéneos, que correspondía a un total de 1.777 presentaciones. Por otra parte, cada uno de esos conjuntos presentaban un rango de precios amplio: en abril de 2001 la razón del precio más bajo del conjunto con relación al precio de referencia oscilaba entre el 24 % y el 89,2% según los conjuntos. En Agosto de 2002, el rango se mantenía casi igual, aunque con límites diferentes, oscilando entre el 32,38 % y el 92,75% (Iñesta, 2005b). Como comenta el autor del trabajo, los ahorros para el SNS por la aplicación de este sistema podrían haber sido mayores si se hubiese adoptado como precio de referencia de cada conjunto el precio más barato de cada conjunto²⁵², y si el número de conjuntos homogéneos definidos, que incluía en los plazos indicados algo menos del 25% de los medicamentos autorizados en España, hubiera sido mayor.

La Orden 2958, de 2003, amplió esos efectos, añadiendo, según el autor citado, a partir de enero de 2004, en cuyo momento entró en vigor, otros 82 conjuntos, que afectaban a 59 principios activos y tres asociaciones de ellos. Los conjuntos definidos en esa fecha afectaban a un total de 2177 especialidades, de las que 1019 eran genéricas, y a 159 laboratorios. Por su parte el M° de Sanidad ofrecía el dato de 2070

²⁵² Ocurre así, por ejemplo, en Dinamarca, Finlandia, Italia o Suecia.

especialidades incluidas en esa misma fecha, con un ahorro previsto de 1.635 millones de euros.

Antes incluso de la aprobación de la Orden de 2003, se produjo, sin embargo, un cambio sustantivo en la regulación del sistema de precios de referencia, cuya aplicación, sin embargo, no afectó a la Orden anterior. Fue mediante una disposición final de la ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS, que modificó el apartado 6 del artículo 94 de la Ley 25/1990, del medicamento, citado antes como primera mención de este sistema. Esa disposición comenzaba por establecer que *“la financiación pública de medicamentos estará sometida al sistema de precios de referencia que se regula en esta apartado. A estos efectos, el precio de referencia será la cuantía máxima que se financiará de las especialidades farmacéuticas incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen, siempre que se prescriban y dispensen a través de receta médica oficial.*

Se entiende por conjunto la totalidad de las presentaciones de especialidades farmacéuticas financiadas que tengan el mismo principio activo, entre las que existirá, al menos, una especialidad farmacéutica genérica. Quedarán excluidas de los conjuntos las formas farmacéuticas innovadoras, sin perjuicio de su financiación con fondos públicos, hasta que se autorice la especialidad farmacéutica genérica correspondiente”.

La ley 16/2003 introdujo también otro cambio sustantivo en esta regulación, al modificar el sistema de cálculo del precio de referencia de cada conjunto, que venía a sustituir al que se ha mencionado en la nota anterior. Conforme al nuevo método de cálculo, *“El precio de referencia será, para cada conjunto, la media aritmética de los tres costes/tratamiento/día menores de las presentaciones de especialidades farmacéuticas en él agrupadas por cada vía de administración, calculados según la dosis diaria definida. En todo caso, deberá garantizarse el abastecimiento a las oficinas de farmacia de estas especialidades farmacéuticas.*

Las especialidades farmacéuticas genéricas no podrán superar el precio de referencia”.

El cambio de sistema de cálculo, según reconoce Iñesta (2005 b), supuso un descenso del precio de referencia de todos los conjuntos, y con él mejoró también el rango del precio por dosis diaria definida de cada medicamento. Por el contrario, la nueva fórmula de cálculo no estimuló el desarrollo de los genéricos, cuyos precios deberían tender a situarse en cifras cercanas a su coste marginal de producción, dado

que el precio de referencia se fija sin considerar el coste de producción. El efecto es que existen genéricos con precio más alto que el más bajo de cada conjunto, aunque en todo caso no pueda ser superior al del precio de referencia establecido con arreglo al cálculo citado, lo que supone un incentivo contrario a la utilización de los genéricos en general, y se genera así una contradicción entre medidas que deberían ser complementarias para maximizar sus efectos sobre el control del gasto.

En el nuevo contexto regulador establecido por la Ley 16/2003, la orden 1344 de 5 de mayo de 2004 , que afectó a las facturaciones a partir de agosto del mismo año, añadió otros 12 conjuntos homogéneos, que afectaban a 10 principios activos, de ellos 8 nuevos, y a 122 especialidades, de ellas 74 genéricas.

La entrada del PSOE en el Gobierno en 2004 se siguió en esta materia de una regulación que ampliaba a tres años los plazos máximos en los que establecer nuevos conjuntos homogéneos, en sentido contrario a la periodicidad anual con la que esta actividad se había llevado a cabo por el Gobierno Popular anterior, que había sido además el autor de la puesta en marcha de este sistema. Todo lo cual resulta sugestivo otra vez de una diferente actitud de uno y otro partido en la relación con la industria de este sector.

La norma que introdujo ese cambio es la misma, el Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, que se ha mencionado ya en el caso de la regulación de los precios y los márgenes, materias que se han caracterizado como ámbitos en los que no se produjeron cambios sustantivos por el cambio de Gobierno. Por el contrario, en este caso la nueva regulación, establecida en la disposición final tercera de la norma citada como una modificación del Real Decreto de 1999 que implantó este sistema, prevé que *“El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos, aprobará los precios de referencia aplicables a cada uno de los conjuntos de presentaciones de especialidades farmacéuticas a las que se refiere este real decreto. Asimismo, con periodicidad mínima trienal, aprobará los correspondientes a nuevos conjuntos que se puedan crear por haberse comercializado, desde el último acuerdo del mencionado órgano colegiado, presentaciones previamente inexistentes de especialidades farmacéuticas genéricas”*.

Ese plazo máximo de tres años no se llegó a cumplir. En 2006 una nueva Ley, la 29 de ese año, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, vino a sustituir a la ley 25/1990, del medicamento. En el artículo 93 de esa norma se reguló el sistema de precios de referencia, sin introducir

modificaciones importantes en el mismo, aunque suprimiendo la referencia al máximo de periodicidad de su revisión.

El Real Decreto 1338/2006, de 21 de noviembre, desarrolló en este aspecto la ley anterior, volviendo a establecer que la determinación de nuevos conjuntos y precios de referencia se realizaría como mínimo una vez al año. Una orden comunicada de 28 de diciembre, la 3997/2006, fijó por primera vez tras la nueva ley los conjuntos y los precios de referencia, así como los procedimientos para que los laboratorios que como consecuencia de la aplicación del sistema tuvieran una reducción del precio industrial de un producto superior al 30% del precio anterior pudieran optar por efectuar la rebaja en un solo año o hacerlo en varios, a un ritmo mínimo de reducción del 30% anual, opción que estaba prevista en el apartado 5 del artículo 93 de la Ley anterior.

Otra orden comunicada, la 3867/2007, de 27 de diciembre, amplió la relación de conjuntos aprobados un año después, y estableció la revisión de los precios con periodicidad semestral y la posibilidad de aplazar su actualización durante seis meses más *“si las variaciones de los precios así lo aconsejan”*. En diciembre de 2008 otra orden, la 3903, de 23 de diciembre, desarrolló las mismas acciones para ese año.

Todas ellas son variaciones menores sobre un mismo sistema cuya patente de origen, con sus virtudes y déficits ya comentados, corresponde en todo caso al Partido Popular; y que, pese a todas las críticas y comentarios sobre su agotamiento²⁵³, supuso la introducción de la medida más eficaz, aunque sea incompleta y precise de otras complementarias, para lograr algún control sobre el crecimiento del gasto en este sector.

2.4) La introducción de los genéricos en España²⁵⁴.

Como en los casos de otras políticas tratadas antes, el inicio de la exposición de este punto de este punto supone la repetición de una letanía monótona y coincidente con lo dicho en el caso de la mayoría de las escasas innovaciones en las políticas farmacéuticas españolas a las que he aludido: la iniciativa de su introducción

²⁵³ Pueden verse a este respecto las posiciones de diferentes expertos en una Jornada de debate sobre “Innovaciones Regulatorias en la Financiación de Medicamentos en el Ámbito Europeo”, organizada en Junio de 2009 por Laboratorios CHIESI, en colaboración con la Comunidad de Madrid y la Federación de farmacéuticos de Oficinas de farmacia (FEFE), en la que se planteó la posibilidad de que el sistema de precios de referencia, hasta ahora de aplicación sólo a los medicamentos prescritos para su consumo fuera de las instituciones del SNS, donde se considera que considera que se ha estabilizado y convertido en un modelo predecible y transparente, aunque de futuro incierto, como todas la medidas centradas en precios dada la absorción progresiva de sus efectos en el corto plazo, se extendiera también al ámbito hospitalario.

²⁵⁴ Una excelente exposición más amplia sobre este tema se puede encontrar en Iñesta (2007).

correspondió una vez más al Partido Popular, que abrió el espacio para su desarrollo mediante la definición de especialidad farmacéutica genérica (como ya he comentado también, en términos más restringidos que la definición de producto genérico que se aplica en otros países) en el artículo 169.1 de la Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, que añadió un apartado 6 bis al artículo 8 de la Ley 25/1990, del medicamento.

Desde el punto de vista normativo esa definición se mantuvo hasta la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. En esta norma más reciente la definición de especialidad farmacéutica genérica cambió de nombre, pasando a llamarse equivalente farmacéutico genérico, pero no cambió en lo fundamental de su regulación, ni tampoco las limitaciones (identidad de composición química además de otras) que caracterizaron a la primera definición. Sin embargo, en esta nueva regulación se introdujeron algunas disposiciones cuyos efectos resultan contradictorios con el desarrollo de esta clase de productos en nuestro país. Un desarrollo que, por el contrario, se podría haber visto favorecido por la permanencia del sistema de patentes de proceso hasta 2012. Esas medidas contradictorias con su desarrollo presentes en la ley de 2006 son de dos órdenes:

- en primer lugar, la rebaja lineal de un 20% de todos los fármacos con más de diez años en el mercado de los que no existiera genérico autorizado, establecida en el artículo 93.6 de la ley, supone, lo mismo que las disposiciones relacionadas con el establecimiento de los precios de referencia (que en este caso requieren de la existencia de un genérico en el conjunto definido), una dificultad añadida para la competencia en precios por parte de este tipo de productos que contribuye a hacer más difícil la consolidación de los hábitos de su prescripción y consumo.

- la segunda, la prohibición, traducida en sanciones si se transgrede, de conceder bonificaciones y descuentos a las farmacias y a la distribución farmacéutica.

Pese a todo, la norma evitó finalmente incluir otra disposición barajada en sus borradores que abría la puerta a la posibilidad de que existieran genéricos “de marca” o con nombre “de fantasía”, un concepto contradictorio en sí mismo, que hubiera contribuido a dificultar aún más la cultura del genérico entre los médicos, impedido a los pacientes distinguir entre genéricos y marcas, y contribuido a mantener un clima de sospecha sobre las diferencias en los efectos de unos y otros.

Ese clima existía desde su primera definición y, sobre todo, desde el inicio de su comercialización, como consecuencia de que al introducir los primeros productos de

esta naturaleza (el primero de ellos fue la zidovudina, para el tratamiento del VIH, y el segundo el captopril, un antihipertensivo de relativa nueva generación, ambos en 1997), éstos fueron calificados como “verdaderos” genéricos, lo que reservaba en la práctica el calificativo de “falsos” a los que, sin ser genéricos desde el punto de vista teórico de su definición, pero sí en la práctica (productos de nombre distinto pero igual composición, que habían salido al mercado al amparo de la patente de proceso), se venían utilizando anteriormente. Esa doble calificación *“originó una gran confusión y desconfianza entre los médicos sobre las garantías dadas por las administraciones sanitarias sobre los medicamentos, cuando habían permitido comercializar medicamentos que en ese momento podían llamarse falsos genéricos”* (Iñesta, 2005 b, p. 140). Esta situación obligó a establecer políticas de incentivos específicos para su prescripción en el ámbito de la atención extrahospitalaria, con resultados mediocres en competencia con los mecanismos de promoción que sustentan la de los medicamentos de marca.

Las medidas descritas, lo mismo que las disposiciones relacionadas con los precios de referencia que les afectan, a las que ya he hecho alusión, constituyen una buena expresión de la escasa potenciación de este tipo de productos que han caracterizado, más allá de las declaraciones de intenciones, las políticas de los dos partidos mayoritarios en esta materia. Una coincidencia en el escaso apoyo real de uno y otro partido a estos productos, y a los laboratorios especializados en su fabricación, que constituye el segundo rasgo, en este caso común, de las políticas relacionadas con su desarrollo, a pesar de ser un instrumento eficaz, junto con otros, a la vista de lo que ocurre en otros países, de control del incremento del gasto farmacéutico.

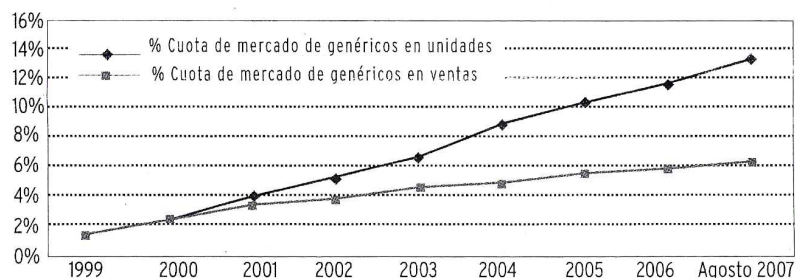
El resultado de ese apoyo más verbal que real a esta clase de productos se puede observar a la vista de su grado de implantación, tanto si se valora en términos de proporción sobre el total de unidades de medicamentos consumidas, como en proporción sobre el nivel de ventas. Aunque las cifras que resultan de la lectura de los cuadros adjunto no coinciden con exactitud según las fuentes utilizadas, lo importante es el rango en el que se mueven, que no supera, o sólo ligeramente, el 10% del mercado en el caso de la primera de ellas, ni el 7% del total de las ventas en la segunda proporción. En la tabla 27 y el Gráfico 7 se puede también observar el lento ritmo de crecimiento del consumo de genéricos entre 1999 y 2007, en especial si se observa en términos de ventas

Tabla 27. Evolución del consumo de genéricos en España, y Gráfico 7. Evolución del mercado de genéricos en España en cuota porcentual de mercado en unidades y ventas.

UNIDADES*	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Hasta sep. 2007
Mercado farmacéutico	866,7	892,02	916,4	944,6	987,3	1.017,9	1.040,8	1.059,8	763,312
Genéricos	10,5	22,1	35,7	50,01	66,9	92,2	109,8	125,07	109,1
VENTAS**									
Mercado farmacéutico	4.953,9	5.410,9	6.009,1	6.617,2	7.412,2	7.905,5	8.366,0	8.917,1	6.393,6
Genéricos	60,7	133,5	204,9	253,6	333,2	388,6	475,7	544,9	427,8

* en millones

** en millones de euros



Fuente: Valores de IMS a partir de la venta del mayorista a la farmacia

Por otra parte, resulta llamativo constatar que parece existir un patrón común a los países mediterráneos: la proporción sobre el gasto farmacéutico del Servicio de Salud en Francia era en 2003 del 5,4%, y para el mismo país, y en relación con el gasto total en 2002, era del 6%. En Italia, los genéricos representaban en 1999 menos del 1% en términos de valor, una cifra comparable a la de España en aquel momento; en 2002 en términos de volumen, esa proporción era del 3% y el 2% en valor; lo que traduce un ritmo de implantación progresiva en el mercado semejante al español. En Portugal, en 2003, el valor medio anual en términos de dispensación de genéricos con respecto al mercado total, valorado en precio de venta al público, fue del 5%; un porcentaje que había ascendido al 6,4% un año después (Iñesta, 2005 b, p 142-143).

Tabla 28. Consumo de especialidades farmacéuticas genéricas en España 2001-2004.

Año	Mercado total % valores	Mercado prescripción % valores	Mercado total % unidades	Mercado prescripción % unidades
2001	3,46			
2002	3,6	3,8	4,5	5,1
2003		4,5		6,7
2004 mayo		4,6		7,1

Fuente: Iñesta A. (2005 b). Políticas de medicamentos.

Una hipótesis a barajar para explicar esta pauta podría ser la de poner en relación este grado limitado de implantación de los genéricos en esos países con la decadencia que ha sufrido la industria farmacéutica propia en ellos, una evolución en la que se pueden encontrar también ciertos rasgos comunes.

Ese patrón es muy diferente del que se observa en otros países anglosajones y nórdicos: en Alemania la proporción de prescripción de genéricos frente a medicamentos originales en los Seguros médicos en 2002 fue del 52,2%; en ese año la prescripción de genéricos se considera que logró un ahorro en el gasto farmacéutico de alrededor de 2 mil 700 millones de euros. En Dinamarca, en 2003, los genéricos representaban el 60% del volumen y el 35% en valor del mercado farmacéutico. En Estados Unidos, en 2000, los genéricos suponían más del 40% de prescripciones dispensadas, y un 10% en términos de gasto (lo que se debe a las diferencias de precios existentes entre marcas y genéricos). En 2003, la proporción, en términos de prescripciones realizadas alcanzaba el 50% por parte de los genéricos.

En ese panorama el Reino Unido, donde asienta una industria que constituye un motivo de interés prioritario por parte del gobierno, pero donde los genéricos están entre los más baratos de Europa, ocupa una posición intermedia entre los dos patrones anteriores: en términos de proporción de volumen de la prescripción en el NHS supuso en 2002 hasta el 76% de la prescripción y el 53% de la dispensación, cifra que baja a alrededor del 20% en términos de gasto por razones de su precio reducido. Si no hubiera habido genéricos y todas las prescripciones tuvieran que ser dispensadas como marcas, la factura farmacéutica hubiera pasado de 6.500 a 11.100 millones de libras. Para el mercado total de medicamentos la proporción es del 35% en términos de volumen y el 13% en términos de coste.

Del panorama descrito se pueden deducir algunas conclusiones de interés: en primer lugar, que las políticas de genéricos no constituyen una política independiente, sino que se mezcla con otras, de características distintas y en proporciones diferentes según los patrones propios de cada país; pero que, en todo caso, constituyen un contribuyente eficaz al control del gasto farmacéutico, que ofrece un amplio margen de desarrollo en los países en que no están adecuadamente implantadas. Lo que incluye la mayoría de los países mediterráneos, entre ellos España, donde, como he descrito al inicio de este apartado, ninguno de los partidos de gobierno, tras el desarrollo inicial del PP, se ha comprometido de manera efectiva en ampliarlo.

Uno de los factores que puede resultar decisivo en el futuro de los genéricos en nuestro país es la plena entrada en vigor de la patente de producto en 2012, que podría modificar la inhibición que viene manteniendo el Gobierno, a cambio de otras compensaciones (ver nota 228), en los pleitos que las compañías innovadoras han planteado contra las de genéricos que han desarrollado éstos con productos que sólo están protegidos por la patente de procedimiento. A partir de ese momento esos productos carecerán en todo caso de protección, y ello podría dar lugar a un apoyo más decidido a los laboratorios que desarrollen un mayor número de genéricos²⁵⁵; una situación que ha dado lugar a que algunos laboratorios fabricantes de marca estén iniciando su implantación en este campo de los genéricos. En todo caso, el desarrollo de éstos requiere de la decisión de apoyo político a ese desarrollo, incluyendo el evitar otras medidas contradictorias, como las que he comentado al principio de este apartado, de manera que las políticas en terrenos distintos se complementen en vez de obstruirse mutuamente. Sin embargo, en este área concreta de los genéricos, al menos por el momento, ninguno de los dos partidos gobernantes ha demostrado hasta la fecha un compromiso decidido para su implantación.

d) Las políticas farmacéuticas: una consideración global

La exposición de estas políticas ocupa un espacio más amplio que el que ocupan otras políticas específicas en este mismo análisis.

Una razón para ello es que en este capítulo he reunido la descripción y el análisis de todo lo que se ha realizado en este campo, extendiendo la observación incluso hasta más allá del inicio de la democracia en España, con objeto de proporcionar elementos de comparación que pudieran resultar de interés. Considero también que estas políticas reúnen una serie de características específicas y al margen del resto de las restantes políticas sanitarias (aunque, por razones sobre todo de nivel de gasto, condicionen, aún más en España, el desarrollo de cualquiera de estas otras) que justifican el desarrollo de una exposición y un análisis específico y conjunto.

Pero otra razón para la amplitud de la exposición previa realizada es de naturaleza distinta: para hacer una descripción ajustada a la realidad y obtener una mínima visión de conjunto ha sido necesario hacer alusión a un sin fin de medidas y

²⁵⁵ En España, con cifras de Octubre de 2007 (Diario Medico, 29 Octubre de 2007. Extra 10 años de genéricos en España) el mercado de genéricos integra alrededor de 140 principios activos, entre los que predominan especialidades de amplio uso como antibióticos y antihipertensivos, y más de 3.300 presentaciones disponibles.

normas que se han ido multiplicando a lo largo del tiempo, en un número que no tiene probablemente comparación con la actividad de una u otra naturaleza desarrollada en otros ámbitos de las políticas sanitarias. Pero con ello, siendo innegable que se ha tratado de un campo de actividad reguladora casi febril, no se puede, por el contrario deducir de la misma una línea de política clara en este sector. Se han hecho “políticas”, pero no una “política farmacéutica” global que diera respuesta coherente a todos los enfoques que deberían incluirse en esa definición²⁵⁶.

Por otra parte, en el desarrollo de esas “políticas” menores y específicas, en ocasiones incluso contradictorias entre ellas, como he descrito en algunos de los últimos apartados, lo que ha salido perdiendo ha sido el enfoque sanitario de la política global. Una expresión de esta situación de subordinación sanitaria a otros intereses preferentes en el sector es el establecimiento del sistema de precios, que se acuerdan en órganos en los que la representación sanitaria es sólo una parte, a la vez que se impide al sistema sanitario público negociar con los proveedores la obtención de los beneficios que podrían derivarse de una adecuada utilización de su posición monopsónica.

Por otra parte, desde el punto de vista sanitario el contenido de esa política farmacéutica global debe tener una orientación neta hacia la reducción de la proporción de esta parte del gasto en el gasto sanitario total. Como han reflejado otros trabajos previos (Iñesta, 2005 b) nuestro sistema sanitario está en una situación en la que cualquier aumento del gasto sanitario tiende a ser absorbido por el incremento del gasto farmacéutico, no dejando al gasto sanitario no farmacéutico, que tiene partidas tan importantes y capitales para su desarrollo como la del personal, ningún espacio para el crecimiento.

La ausencia de política farmacéutica puede, por último, considerarse también el efecto de la ausencia casi absoluta de innovación en las políticas concretas desarrolladas, y de la continuidad, sin modificaciones apreciables de las mismas políticas que se venían practicando desde antes de la Transición, en especial en la relación con la industria farmacéutica y con los farmacéuticos propietarios de las oficinas de farmacia, pero también en otros campos, como los precios o los márgenes comerciales de los medicamentos. Algunas actitudes muy recientes, como la sostenida

²⁵⁶ Sobre la demanda de una política farmacéutica integrada, que evite la adopción de medidas aisladas variables de uno a otro momento y que, como se indica a continuación, pueden además resultar contradictorias entre ellas según como se definan y se apliquen, se pueden ver: Puig-Junoy (2004) J; el ya citado de E. Costas (2004), *La contención del gasto farmacéutico*; ó Rodríguez-Monguió (2004). Todos ellos son accesibles en www.fundacionalternativas.org.

por el Gobierno español ante la Unión Europea, para apoyar el mantenimiento del denominado “modelo mediterráneo de farmacia”, que atribuye a los profesionales farmacéuticos la exclusividad en la propiedad de las oficinas de farmacia por encima de cualquier otra opción posible, constituyen una buena expresión de esa continuidad. Una situación que puede tener una buena parte de su base en razones clientelares; lo mismo que la persistencia de un modelo de relaciones con la industria que persiste en lo esencial, pese a las evidencias existentes desde hace tiempo de sus efectos negativos para el SNS.

Otro rasgo característico a destacar es que en las escasas innovaciones efectivas que se han ido produciendo en el desarrollo de estas políticas la introducción de la mayoría de ellas, como he ido describiendo para algunas medidas específicas, ha correspondido al Partido Popular. Éste, pese a las inconsistencias que se hayan podido observar en su desarrollo posterior, parecía demostrar así una mayor preocupación, al menos en ciertos períodos de sus gobiernos, por las repercusiones sanitarias de las políticas en este sector.

Un último comentario sobre la situación actual en el ámbito de las políticas farmacéuticas debe ser el relativo a la distribución competencial en este sector. El artículo 149.1.16 de la Constitución española reserva al Estado la competencia exclusiva sobre la legislación de productos farmacéuticos. Cuantas disposiciones he comentado en apartados previos de este capítulo se han dictado en ejecución de esa competencia, dejando, sin embargo, al margen de su elaboración en la mayoría de los casos a las CCAA. Son éstas, sin embargo, en la práctica, una vez recibido el traspaso del INSALUD, las que soportan la relación efectiva con los agentes de este sector, tanto la industria como los profesionales farmacéuticos, y son las que deben hacer frente al gasto, que sigue siendo el problema principal de este sector. Una situación en la que con frecuencia se ha llamado la atención sobre los inconvenientes que se derivan de ella, dado que las CCAA deben asumir las consecuencias de políticas y normas impuestas sin haber podido aportar sus criterios para su elaboración y puesta en marcha, por lo que se demandan formas descentralizadas de gestión de las políticas farmacéuticas acordes con la descentralización que ha tenido lugar (Meneu, 2005, p. 165-181).

El diseño de las políticas en este terreno debe en todo caso tener en cuenta la experiencia de otros países con diferentes grados de organización federal o descentralización:

-en Italia, la relación directa entre los Servicios Regionales de Salud y la industria ha dado lugar a que, vía el logro de mejores precios por parte de las regiones con mayor población, mayor capacidad económica asociada y, en consecuencia, de igual mayor capacidad de negociación, ha dado lugar a niveles de prestación farmacéutica diferenciados (y más costosos para la población de las regiones más pobres) en función de su situación en ese ranking, en perjuicio de las regiones en peor situación. (Jommi, 2003).

-en Canadá, donde la prestación farmacéutica no está incluida en la cobertura pública universal, mantiene diferentes grados de cobertura por parte de cada una de las provincias y presenta en relación con ello diferentes niveles de gasto (Morgan, 2004, 2005), algunas de ellas se han asociado para lograr un sistema de compras unificado, ante las dificultades de que un acuerdo general en ese sentido adoptado por los primeros ministros de todas las provincias en 2004 progresase de manera adecuada desde ese plazo. (Health Edition, 2009) .

Los ejemplos de esos otros países permiten poner en cuestión si los cambios en la política farmacéutica que sería conveniente introducir en España corresponden tan sólo al terreno específico de la regulación farmacéutica y a la participación en la misma de las CCAA, como se reclama por éstas, o deberían formar parte, eso sí, con sus especificidades, de una política general de recuperación de la integración del SNS.

II.9) LOS PERÍODOS DE GOBIERNO A PARTIR DE 1996.

1996 fue el año en el que, tras casi catorce años de gobierno del Partido Socialista, éste pasó a la oposición, para ser ocupado el Gobierno durante dos mandatos, el primero de ellos en una situación de minoría parlamentaria que le hizo necesario buscar el apoyo de los partidos nacionalistas, por el Partido Popular.

La descripción de las políticas sanitarias desarrolladas durante los dos períodos en los que gobernó este partido, así como las que ha venido desarrollando el PSOE desde que volvió al Gobierno en 1994, son objeto en este texto de una exposición menos pormenorizada que la desarrollada hasta ahora por dos razones:

-La primera de ellas, porque el objeto de la atención de este trabajo está ante todo centrado en el análisis de las políticas sanitarias llevadas a cabo por el Partido Socialista..

Éste, por su parte, se atribuye a sí mismo como mérito propio la configuración del sistema público sanitario de cobertura universal de que disponemos todavía en España. Pretende confirmar así el cumplimiento de las supuestas expectativas que pudieran existir cuando en 1982 accedió por primera vez al Gobierno de que hiciera efectiva una labor de extensión de la protección sanitaria universal mediante la creación de un sistema público de salud, labor que históricamente había sido realizada tres décadas antes por iniciativa de los partidos socialistas en otros países europeos. Una labor que, por otra parte, hay razones para pensar que se consolidó de manera más eficaz y equitativa posteriormente según fuera más o menos prolongada la estancia en el gobierno de cada país de los partidos socialistas o socialdemócratas correspondientes (Westert, 1999)

Por esa razón el análisis de estos períodos se centra no sólo en las políticas desarrolladas por el partido gobernante durante cada uno de ellos, sino que también se aporta como instrumento de análisis la posición adoptada por el Partido Socialista, sea con políticas propias o en relación con las adoptadas desde la oposición ante las desarrolladas por el Partido Popular cuando éste ejercía el Gobierno.

-La segunda razón es que las políticas desarrolladas a lo largo de los últimos trece años han sido objeto de análisis por mi parte, al menos en los que se refiere a sus líneas y desarrollos organizativos y normativos más importantes, y la labor de documentación, dado el menor tiempo transcurrido, es más sencilla, por lo que no me parece necesario recurrir a una relación tan pormenorizada de unos y otros cuando muchos de ellos están todavía en vigor y constituyen el marco cotidiano de muchas de

las actuaciones que se llevan a cabo todavía hoy en el sistema sanitario. No se trata, por ello, en este nuevo trabajo de repetir de manera exhaustiva cada uno de esos análisis, sino sólo de hacer referencia resumida a cada uno de ellos, en tanto las conclusiones y la situación sigan siendo en mayor o menor grado las mismas, y remitirse si es necesario a los trabajos ya publicados.

El orden de exposición que pretendo seguir se corresponde con la división por períodos de gobierno que ha tenido lugar en España desde 1996. De manera resumida, esos períodos corresponden en primer lugar a los cuatro años de la primera legislatura Popular, durante los que el equipo de gobierno sanitario no cambió. Por el contrario, la segunda legislatura Popular es fácil de dividir en dos plazos distintos de dos años cada uno, entre los que hubo un cambio de personas y equipos responsables de las políticas sanitarias, con consecuencias manifiestas en cuanto a la personalidad de sus titulares, pero cuyos efectos sobre el sistema sanitario merece la pena analizar un poco más allá de esa diferencias personales de manera más detenida. Por último, las referencias a las políticas socialistas más recientes, divididas también en dos legislaturas, se consideran siguiendo una división conforme a los cambios de titulares de la cartera sanitaria realizados.

a) La primera legislatura del Partido Popular (1996-2000).

Si hubiera que caracterizar con una sola palabra las políticas sanitarias desarrolladas por el Partido Popular durante este período, la más apropiada probablemente sería la de “continuidad” con respecto a las desarrolladas por el Partido Socialista en el período anterior, en especial en sus últimos años.

Una segunda característica es la ausencia de desarrollos legislativos o normativos de rango inferior contradictorios con los realizados en los períodos previos por el Partido Socialista:

- Durante este plazo el Gobierno del Partido Popular no puso en cuestión la Ley General de Sanidad.

- Por su parte, el desarrollo contradictorio con la misma que podría suponer la hoy tan denostada Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional Salud, que se analiza más adelante, además de tener su raíces en el desarrollo de nuevas formas de gestión sin control ni contradicción alguna que había tenido lugar durante el mandato anterior del PSOE, contó con el apoyo parlamentario de éste para su aprobación.

-La situación llegó incluso a que el Partido Popular en el Gobierno desarrolló algunas medidas en política farmacéutica, en concreto el establecimiento de los precios de referencia a los que he hecho alusión en el apartado anterior, que, previstas en una norma dictada por el PSOE, la Ley 15/1990, del medicamento, no habían sido desarrolladas por éste.

La continuidad a la que he aludido más arriba llegó a permitir también que, dentro del marco de bronca confrontación personal que caracterizó el cambio de gobierno en 1996, pudiera continuar como responsable de la política de Salud Pública quien había venido desempeñando esa responsabilidad durante los Gobiernos socialistas desde 1991. Ello en razón de la existencia en el momento del cambio de gobierno entre partidos de una crisis sanitaria importante, la provocada por el aumento de la incidencia de la meningitis meningocócica del tipo C (Aboal Viñas, 2006), cuya gestión se estaba llevando de manera competente y coordinada con las autoridades sanitarias de las CCAA por quien era responsable de su control en el Ministerio de Sanidad, lo que justificó su permanencia en el cargo sin problemas políticos para ello.

En ese marco general se especifican los desarrollos llevados a cabo en diferentes terrenos en los apartados siguientes.

a.1) Las formas organizativas del Sistema Nacional de Salud.

1.1) Los orígenes

Quienes accedieron a las responsabilidades sanitarias en el Gobierno del Partido Popular de 1996 procedían todos ellos del Gobierno de Galicia, en el que venían desempeñando las mismas responsabilidades sectoriales.

El desarrollo más característico de la gestión sanitaria en aquel territorio habían sido las Fundaciones sanitarias constituídas para la gestión de determinadas entidades (el Hospital de Verín; la de tecnologías sanitarias MEDCTEC) cuya característica más destacada era la de ocupar un lugar marginal en la red sanitaria de la Seguridad Social, el soporte principal de la asistencia sanitaria en aquella CA (a pesar de que para la constitución de la entidad MEDTEC se habían segregado del Hospital de Vigo de la Seguridad Social los servicios de radiología de ese centro, al que, en la gestión de la entidad, ésta pasó a prestar servicios y facturar como a un cliente externo más, pese a aprovechar sus propias instalaciones)²⁵⁷.

²⁵⁷ Sobre el funcionamiento de estas Fundaciones se puede ver Sánchez Bayle (2004). La FADSP se convirtió en aquel territorio en un oponente significado a la creación de las citadas Fundaciones, que perdieron su estatuto independiente en el mandato del Gobierno regional del PSOE entre 2005 y 2009.

Aunque por parte de los oponentes a esas formas de gestión se albergaba el temor de que con el acceso de los mismos responsables al Gobierno de la nación se tratase de extender el mencionado modelo a la totalidad del sistema sanitario público no traspasado todavía a las CCAA (que sólo suponía ya la atención del 40 % de la población, aunque supusiera la gestión del INSALUD no traspasado todavía en 10 de las diecisiete CCAA, es decir, el 60% de ellas) tal expectativa no se cumplió.

Es cierto que durante ese mandato ministerial se crearon dos centros nuevos en el territorio del INSALUD no traspasado que se constituyeron como Fundaciones sanitarias: se trata del Hospital de Alcorcón, en la CA de Madrid, que conserva todavía la mencionada personalidad jurídica, y el de Manacor, en Baleares.

Sin embargo, en aquellos años no tuvo lugar un cuestionamiento general de la eficiencia de la gestión en las instituciones públicas, una materia que centraba el debate sanitario en aquellos años, distinto del que se hubiera podido producir en las épocas más inmediatamente anteriores de Gobierno del PSOE.

Para situar adecuadamente las políticas desarrolladas en los primeros años del Gobierno del PP años hay que comenzar por recordar que en los últimos años de oposición de éste al Gobierno socialista anterior los enunciados de las políticas sanitarias del PP incluían un grado de radicalidad opositora cercana a los niveles de “crispación” que caracterizaban la situación general en aquel momento. En el caso de las políticas sanitarias, los programas electorales de este partido, tanto en 1989 como en 1993, lo mismo que el capítulo de Sanidad de su XI Congreso Nacional, celebrado también en 1993, incluían propuestas claramente alternativas a las del Partido Socialista, entre las que figuraban el fraccionamiento del aseguramiento público sanitario y la de “*romper el monopolio asistencial del Estado*”. Propuestas que se puede estimar que generaban un grado significativo de inquietud en los sectores (minoritarios) que mantenían un grado de interés centrado en la situación y el funcionamiento del SNS.

Quizás por esa razón, y en el momento en que se hicieron más patentes las posibilidades de acceder al Gobierno de la nación, esta situación cambió. De hecho en el programa electoral de las elecciones de 1996, que fueron las que llevaron al PP al Gobierno (no sin arduas negociaciones con los partidos nacionalistas, ya que el PP no había logrado la mayoría necesaria como para gobernar sin sus apoyos), este partido cambió radicalmente su discurso, haciendo suyos los principios de aseguramiento,

financiación y provisión pública básicos que sustentaban en teoría, sin haberse completado en la práctica, la constitución del SNS.

Unos principios que, debe advertirse por otra parte, no habían sido cuestionados en general por los partidos nacionalistas en los gobiernos de Cataluña y el País Vasco, que recibían la parte más importante de su financiación como consecuencia del traspaso recibido de la competencia para la gestión del INSALUD; pero que, singularmente en el caso de Cataluña, habían llevado a cabo adaptaciones peculiares, ya descritas en capítulos anteriores, de algunos de esos principios, en especial los relacionados con las formas de gestión, a las características de la distribución patrimonial de sus recursos sanitarios.

1.2) La Comisión Parlamentaria “para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud”

Al poco de llegado al Gobierno, el Partido Popular puso de inmediato en marcha una iniciativa concreta, que suponía la continuación de su cambio de rumbo y, a la vez, la búsqueda de compromisos con los partidos que le daban apoyo en aquellos terrenos en los que, como he indicado, no existía una contradicción esencial en las posiciones respectivas, como ocurría con la organización básica del SNS. Esa iniciativa fue la constitución en el verano de 2006, por iniciativa del nuevo Presidente del Gobierno y con el apoyo de todos los grupos parlamentarios, de una Subcomisión del Parlamento “*para la consolidación y modernización del Sistema Nacional de Salud*” (título que fue aceptado tras largos forcejeos a propuesta del PSOE, pero que no dejó de sorprender a quienes conocían las posturas previas del PP y no confiaban en el cambio de postura que parecían traducir sus renovadas propuestas lectorales).

A diferencia de la Comisión Abril, la Subcomisión citada estaba constituida por miembros del Parlamento y no por personalidades independientes, y el desarrollo de sus trabajos y la elaboración de las conclusiones se llevaron a cabo igualmente por miembros del Congreso de los Diputados, bajo la Presidencia del Diputado del Grupo Parlamentario Popular Feliciano Blázquez Hernández. Éste fue quien presentó el Acuerdo final al Pleno del Congreso el 18 de diciembre de 1997, después de haber presentado tres días antes las mismas conclusiones al Consejo Interterritorial del SNS. Fechas que, por otra parte, traducen bien la prolongación de los trabajos de la Subcomisión un año más allá de lo previsto inicialmente. Lo que, según algunos

observadores²⁵⁸, fue sobre todo el resultado de la búsqueda de apoyo de CiU por parte del PP para la aprobación de los presupuestos de 1998; apoyo que el partido nacionalista catalán condicionaba a sus demandas de aumento de financiación sanitaria para Cataluña, que incurría ya en aquellos años en importantes déficits generados por la gestión de sus servicios sanitarios, que llevaba realizando desde 1981.

El funcionamiento de la Subcomisión comenzó por la comparecencia de numerosos expertos invitados, entre los que, además de muchos otros, se encontraban varios de los anteriores responsables de las reformas que se habían llevado a cabo en el campo de la gestión con los últimos Gobiernos socialistas, que habían abandonado la actividad en el sector público para pasar al campo de la consultoría en el sector privado. No parece muy alejado de la realidad considerar que las posturas expresadas por esos expertos ante la Subcomisión contribuyeron de manera importante a establecer la apariencia de una coincidencia básica de posturas por encima de los criterios partidarios en cuanto a las propuestas para “*impulsar la autonomía de gestión*”, que formaron parte importante de las conclusiones finales del Acuerdo²⁵⁹.

Frente a esa apariencia de coincidencia básica interpartidaria respecto a esas y otras cuestiones contenidas en el Acuerdo²⁶⁰, cuyo texto original fue suministrado por el

²⁵⁸ Un excelente análisis del origen, desarrollo de la actividad y conclusiones y recomendaciones de la Subcomisión pueden verse en Freire (1998).

²⁵⁹ Las propuestas relativas a “*Impulsar la autonomía de gestión*” constituyeron el apartado 8 de las recomendaciones del Acuerdo parlamentario con el que concluyeron los trabajos de la Subcomisión y estaban incluidas dentro del capítulo III de las mismas, referido a Organización y Gestión. Entre esas propuestas se incluían las recomendaciones siguientes:

“a) *Proseguir en los esfuerzos por separar las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios, configurando los centros asistenciales como organizaciones autónomas, con facultades de decisión efectivas y responsables en cuanto a la gestión, y dotar a los centros de órganos de gobierno operativos y participativos, independientes de las entidades compradoras y financiadoras.*

b) *Facilitar la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red asistencial pública, abordando en el seno del Consejo Interterritorial, con pleno respeto a las competencias en materia de organización de las Comunidades Autónomas, la definición de unas características comunes de la organización interna de los entes o empresas públicas sanitarias en todas aquellas materias que se consideren necesarias, atendiendo a las características del servicio que tales instituciones prestan...*

...d) *Impulsar la competencia entre proveedores en el marco de un mercado sanitario regulado, con el soporte de un sistema integrado de información, fomentando relaciones estables y duraderas entre los agentes del sistema, instrumentados a través del control y evaluación de los resultados obtenidos*”.

²⁶⁰ El Acuerdo se estructuró en cuatro grandes capítulos: I) Aseguramiento y Prestaciones; II) Financiación sanitaria; III) el ya citado de Organización y Gestión; y IV) Coordinación Territorial. Cada uno de ellos incluía, tras unos comentarios iniciales, un número variable de recomendaciones (cuatro el primero; dos el segundo; cuatro el tercero y tres el cuarto), del mismo carácter general, impreciso, e imposible de llevar a la práctica de manera inmediata, que caracteriza a las que se han enumerado en la nota anterior. Algunas de ellas constituyen sugerencias para la redacción de normas que luego se desarrollaron de manera efectiva: así (en la recomendación décima), una ordenación específica de las profesiones sanitarias que se tradujo después en la LOPS; o (en la recomendación cuarta), un nuevo desarrollo de la financiación selectiva de medicamentos y la puesta en marcha del sistema de precios de referencia, cuyo desarrollo he citado en el capítulo anterior sobre las políticas farmacéuticas.

Ministerio de Sanidad y aprobado por la Subcomisión casi sin modificaciones, y luego por la Comisión de Sanidad del Congreso y el Pleno de éste en las mismas condiciones, de poco valió que los grupos parlamentarios de la oposición (PSOE e IU/IC) abandonaran la Subcomisión en la fase final de sus trabajos, argumentando sus votos particulares en contra del Acuerdo.

Por otra parte, el grado de desacuerdo con las propuestas no era importante, y las razones del abandono de la Subcomisión, al menos por parte del PSOE, tuvieron que ver probablemente más con razones de procedimiento y rechazo de la instrumentalización de la Subcomisión que estaba haciendo el Gobierno, que con un desacuerdo profundo con el contenido literal del texto.

1.3) La Ley 15/1997, sobre nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud.

Así cabe deducirlo del apoyo parlamentario que el PSOE prestó a la aprobación de la hoy tan controvertida Ley 15/1997, de 25 de Abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, cuyo texto fue aprobado unos meses después de la constitución de la Subcomisión, y unos meses antes del final de los trabajos de ésta. El texto de su artículo único, que modificaba la redacción dada al mismo por el Real Decreto-Ley 10/1996, de 17 de Junio²⁶¹, una norma que precisaba de convalidación parlamentaria, pero que en el intervalo había permitido la constitución como Fundación del Hospital de Alcorcón, establecía que:

“1. En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, garantizando y preservando en todo caso su condición de servicio público, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o sociosanitaria podrá llevarse a cabo directamente o indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho.

En el marco de lo establecido por las leyes, corresponderá al Gobierno, mediante Real Decreto, y a los órganos de gobierno de las Comunidades Autónomas -en los ámbitos de sus respectivas competencias-, determinar las formas jurídicas, órganos de dirección y control, régimen de garantías de la prestación, financiación y

²⁶¹ El texto del artículo único de ese Real-Decreto-Ley establecía que *“En el ámbito del Sistema Nacional de Salud, la gestión y administración de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de protección de la salud o de atención sanitaria o socio-sanitaria podrá llevarse a cabo directamente, o indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en derecho creadas por personas o entidades públicas o privadas, así como a través de la constitución de consorcios, fundaciones u otros entes dotados de personalidad jurídica, pudiéndose establecer además acuerdos, convenios y fórmulas o gestión integrada o compartida”*.

peculiaridades en materia de personal de las entidades que se creen para la gestión de los centros y servicios mencionados.

2. La prestación y gestión de los servicios sanitarios y sociosanitarios podrá llevarse a cabo, además de con medios propios, mediante acuerdos, convenios o contratos con personas o entidades públicas o privadas, en los términos previstos en la Ley General de Sanidad”.

Si se comparan los dos textos, no parece dudoso considerar que el texto de la Ley, que, a diferencia del Decreto-Ley anterior, hacía referencia expresa a “*cualesquiera entidades de naturaleza o titularidad pública admitidas en Derecho*”, suponía una variación significativa con respecto a la norma previa, en la que la distinción entre los centros de una u otra naturaleza públicos y los privados resultaba en la práctica inexistente, y en la que se entremezclaban las referencias de manera poco precisa. Una lectura no sesgada del texto de la Ley podía permitir considerar que las instituciones públicas debían seguir manteniendo el carácter público de los centros que creasen, tuvieran éstos una u otra naturaleza, siempre dentro del ámbito público; ello sin perjuicio de que pudiesen concertar la prestación de la atención con centros privados, una posibilidad que ya existía conforme a lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

La primera parte de esa interpretación, que parecía la más razonable a la vista de la situación, podría permitir también entender por qué el Partido Socialista apoyó aquella disposición. Ésta, en los términos en que fue aprobada, permitía no poner en cuestión, y sí por el contrario equiparar en cuanto a cobertura legal con el modelo de las fundaciones, que en aquel momento era el modelo de gestión pública sometida al derecho privado por el que optaba el PP, las empresas sanitarias que venía creando desde tiempo antes el Partido Socialista en Andalucía²⁶². Lo mismo ocurría con las nuevas modalidades que se habían venido creando en Cataluña bajo la dirección de CiU

²⁶² De hecho, al regular en 2000, mediante el Real Decreto 29, de 14 de Enero de ese año, las nuevas formas de gestión en el ámbito del INSALUD (no transferido todavía a diez CCAA), una de las formas expresamente incluídas en esta norma fue la de empresa pública. Además de ésta, el Real Decreto 29/2000 incluyó también como formas posibles las fundaciones públicas sanitarias, los consorcios, como los catalanes, y las sociedades estatales. La operatividad de esta norma, ceñida sólo al ámbito del INSALUD, fué escasa, pues en diciembre de 2001 la responsabilidad de la gestión del INSALUD se traspasó por completo a las CCAA (excepto la de Ceuta y Melilla, que sigue siendo gestionada desde el nivel central del Mº). Por otra parte, la experiencia da que en el plazo más inmediato a un traspaso se bloquea la creación de centros nuevos. Eso fue lo que ocurrió entre 2000 y 2001 en las CCAA que iban a recibir esos traspasos pendientes.

(no puestas en cuestión tampoco, o incluso apoyadas, por el PSC), en este caso como consorcios.

La aceptación de unas y otros se convertía así en moneda de cambio con el PP. Con la consecuencia de que, al hacer esa decisión de carácter tan amplio, y susceptible de iniciativas diferentes por cada una de las entidades que gestionaban los centros del SNS (de ellos el 60% por las CCAA) se perdía de vista la visión “sistémica” de la organización, con la que habría sido razonable poner en cuestión las posibilidades de funcionamiento integrado de un sistema en el que cabían modalidades tan diferentes en la gestión de personal, los centros, las compras, y, sobre todo, de relación entre distintos niveles de atención.

Que el acento se pusiera por parte de la casi totalidad de los partidos del arco parlamentario en los modelos de gestión de los centros, y no en las características de la gestión global del Sistema, el único de los países occidentales sometido sin ninguna peculiaridad sectorial al derecho administrativo común, lo que hubiera hecho razonable, en sentido contrario, ese cuestionamiento global, sólo puede entenderse en el contexto de la “moda” de aquel momento: la misma que llevó a la Comisión antes citada a recomendar (puede verse a este respecto la página 313 anterior) la constitución de “mercados regulados” como solución a los problemas de los servicios de salud de diferentes países, y en concreto de España. Y para ello, a recomendar la separación de las funciones de planificación, financiación, compra y provisión de servicios. Una recomendación que pasó a formar parte del lenguaje común de todos los partidos, con la excepción de Izquierda Unida (pero no de algunos sectores del sindicato CCOO), y quizás también del PNV, por aquel tiempo, y probablemente todavía, enfrascado en su privilegiado nivel de financiación y en la independencia y no cuestionamiento externo de su propia gestión.

He hecho ya referencia a la incoherencia de ese enfoque en el capítulo II.6.e). Y también a la incoherencia aún mayor que supone el que en el desarrollo de esos supuestos modelos “de mercado”, que no se han llegado a implantar por completo en ningún país, y que no han demostrado que mejoren la eficiencia de los sistemas correspondientes²⁶³, se estén empezando a plantear la ventajas de los modelos no

²⁶³ Puede verse a este respecto Ham (2009), un artículo en el que se concluye diciendo que : “*La experiencia de la atención primaria en Inglaterra demuestra que en la aplicación de los principios del mercado a la atención sanitaria el “demonio” está en los detalles. Si hay que esperar que los beneficios teóricos se demuestren en la práctica, hay que hacer todavía mucho trabajo para asegurarse de que los reguladores tengan la experiencia y las habilidades necesarias, que los pacientes sean conscientes de la*

basados en la competencia y los mercados, sino en la integración organizativa y por niveles de atención, que era precisamente el punto de partida de los Servicios Nacionales de Salud.

Lo que primó en todo caso en aquel momento fue la tolerancia de unos y otros para cuantas formas de gestión de los centros diferentes se quisiera patrocinar por cada uno, con coincidencia entre la mayoría efectiva de los partidos del arco parlamentario en no poner en cuestión lo que hicieran otros en su ámbito de gobierno a cambio de que los demás hicieran lo mismo con respecto a sus propias iniciativas.

En ese clima, la Ley parecía poner un tope a las posibilidades de diversificación al establecer su límite en que las nuevas formas de gestión se mantuvieran en el ámbito público, aunque fuera con sometimiento al derecho privado. Sin embargo, ese límite se rompió de inmediato con la constitución por la Comunidad Valenciana del Hospital de Alzira bajo la fórmula de la Iniciativa de Financiación Privada, ó PFI según sus siglas inglesas, país del que procedió inicialmente el modelo para su utilización en España. Bajo ésta, la construcción del centro se llevó a cabo con capital y, por tanto, con la propiedad, de un consorcio de entidades privadas, entre ellas una empresa constructora, a las que se les pagaba la construcción mediante un canon anual durante treinta años por la gestión del centro; ésta, a su vez, se llevaba a cabo por la entidad aseguradora ADESLAS, que formaba también parte del grupo de empresas promotor del proyecto, que debían obtener de la gestión de los servicios las rentas correspondientes que compensasen la inversión inicial más los beneficios previstos.

Se trataba de una fórmula que se empezó a utilizar años antes en Alemania para afrontar la escasez de capital público con el que abordar nuevas obras públicas, y con el objeto de aprovechar la ausencia de criterios contables claros respecto a la misma por parte de la Unión Europea. Todo ello permitía aparentemente cumplir a la vez los criterios de convergencia europeos, y en concreto los límites fijados para la deuda pública por parte de cada país, y disponer a la vez de capacidad para financiar nuevos proyectos.

La fórmula se propuso por los últimos gobiernos conservadores de Margaret Thatcher en el Reino Unido para la construcción de distintos tipos de centros públicos, no sólo hospitales, sino incluso colegios y cárceles, sin que llegaran a ponerlos en

posibilidades de elección de que disponen y puedan ejercitarlas, y que haya un campo de juego nivelado entre los proveedores. Los abogados de la utilización de la elección y la competencia necesitan bajar desde el nivel del argumento y la teoría y estar preparados para ensuciarse las manos en trabajar en el diseño de algo que se parezca a un mercado adecuadamente diseñado”.

práctica. La paradoja, como ya he resaltado previamente, es que, a pesar de los compromisos en el sentido de eludir ese tipo de mecanismos de financiación por parte del Partido Laborista antes de llegar al poder, fueron los Gobiernos de Tony Blair los que pusieron el modelo en marcha, en especial en el ámbito sanitario, pero no sólo en éste, para la construcción de hospitales (Weaver, 2001). Y ello pese a todas las evidencias acerca de la ineficiencia de la fórmula, los costes adicionales en que se demostró que incurría, y los efectos negativos sobre la atención sanitaria (en términos de reducción de personal y de camas hospitalarias, en detrimento de la calidad de la asistencia prestada) (Ferrer, 1997; Gaffney, 1999 a, b y c; Pollock, 1999 b y 2002; Price, 1999 b; McGauran, 2002; Moore, 2002; Lister, 2003; Singh, 2003; Gosling, 2004; Prieto, 2006). Lo que no impidió su extensión hasta la construcción de más de setenta hospitales en aquel país²⁶⁴.

La fórmula utilizada en Alzira²⁶⁵ suponía una variante respecto a la usada en el Reino Unido, que era la inclusión en el consorcio de empresas de una entidad aseguradora privada, a la que se le adjudicaba la gestión de la asistencia pública en el ámbito territorial acordado²⁶⁶. Con ello se pretendía resolver la escasa experiencia de gestión por parte de las empresas constructoras, que en el Reino Unido llevó pronto a que éstas abandonaran la participación en los consorcios correspondientes, dado que,

²⁶⁴ En el momento actual ese tipo de fórmulas para la construcción y gestión de hospitales está en la práctica cancelada, principalmente por las dificultades para obtener capital para abordar la construcción de nuevos centros (Hallowell, 2008 a y b). Por otra parte, las normas contables en la Unión Europea están cambiando, de manera que no se pueda excluir el endeudamiento en que se incurre bajo esta fórmula de la valoración de la deuda pública existente en cada país.

²⁶⁵ Ampliamente publicitada en sus aspectos generales (ver, por ejemplo News, WHO, 2009), lo que no se acompaña de una información pública y clara sobre su gestión y resultados, tanto en términos económicos y de personal como en términos de salud, y del acceso a los servicios sanitarios por parte de la población que le está “adjudicada”, así como de la que no lo está y acude al centro, o la del propio centro que precisa la atención fuera del mismo. Esa información, que debería ser puesta de manifiesto por la Generalitat Valenciana, gobernada desde que se creó el centro por el PP, y que debería someterse a los mismos controles públicos que las de los centros públicos, se restringe a los aspectos “publicitarios” mencionados antes y a la argumentación con los datos más convenientes para su defensa en debates teóricos sobre la validez del modelo en toda clase de foros (a la cita anterior se puede añadir, por ejemplo, la exposición realizada por el gerente del hospital en un seminario de la Fundación Alternativas (Marín, 2008)).

²⁶⁶ Por otra parte, como quiera que las condiciones económicas del primer acuerdo constitutivo se demostraron insuficientes para lograr el nivel de beneficios previsto por las empresas, aquél se resolvió al cabo de menos de un año de vigor, siendo sustituido por un nuevo acuerdo. En éste, a la vez que se elevaba el canon anual a pagar por ello, se le encomendaba a la aseguradora citada la gestión de la atención primaria del mismo territorio y población tributarios de la asistencia en el hospital, con el fin manifiesto de controlar y reducir por esa vía el acceso a la atención hospitalaria, más costosa que la resolución de muchos de los problemas en la atención primaria. Una situación que permanece hasta ahora sin que hasta la fecha haya sido posible obtener información clara sobre los efectos sanitarios y económicos de la aplicación de esta fórmula, defendida como modelo por la Comunidad Valenciana gobernada por el PP, a la cabeza de la cual se sitúa un hermano del exConsejero de Justicia popular de aquella Comunidad, y actual vicepresidente del Consejo General del Poder Judicial.

además, los beneficios obtenidos en la gestión de los centros estaban claramente distantes de los que se obtenían hasta la crisis más reciente en el sector de la construcción.

Parece claro que tal situación no cabía en los límites de lo establecido en la Ley 15/1997²⁶⁷. Pero el pacto no escrito de “tolerancia cruzada”, y la “moda” de la época a la que he hecho alusión, hizo que nadie, ni desde el gobierno central, del PP, ni desde las filas del PSOE, pusiera en cuestión la legalidad de la fórmula, que se fue de esa manera consolidando mediante la aplicación del mismo modelo en otros hospitales (y hasta convirtiéndose en modelo declarado, por su peculiaridades citadas, para los gobiernos laboristas ingleses, algunos de cuyos representantes llegaron a hacer una visita en 2008 a la Comunidad de Madrid para conocer los detalles de la aplicación realizada en otros hospitales de la misma creados bajo las mismas condiciones, como se indica a continuación).

Todo ello hasta que la Comunidad de Madrid, con el Gobierno del PP de Esperanza Aguirre, y bajo la Dirección General de hospitales de la Comunidad de un anterior Director de asistencia sanitaria de la aseguradora que gestiona el Hospital de Alzira, decidió utilizar la misma o semejante fórmula para construir de manera simultánea siete hospitales, la mayoría de pequeño tamaño, cuya puesta en marcha está poniendo en cuestión en estas fechas el sistema sanitario de este territorio²⁶⁸. Una situación ante la que, frente a la inoperancia de la oposición socialista en la Asamblea de Madrid, que acepta participar en comisiones frustradas y frustrantes para el debate

²⁶⁷ Mantengo esta apreciación pese a que existe una sentencia de 20/12/2005 de la Sección Cuarta de la sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo en el Recurso de casación 1537/2001 por el que se desestimó un recurso presentado por Comisiones Obreras en el que se impugnaba el concurso 97/A5912, convocado por la Consellería de Sanidad de la Generalidad valenciana publicado en el DOGV de 27 de febrero de 1997, es decir, antes de la publicación de la Ley 15/1997, que tenía por objeto la gestión de la atención sanitaria especializada del Área 10 del Servicio Valenciano de Salud.

Ese concurso es el que dio lugar al primer convenio firmado con la entidad gestora del Hospital de Alzira, modificado poco tiempo después, como he comentado, porque los resultados económicos en términos de rentabilidad para el consorcio adjudicatario no resultaban conforme a lo esperado; lo que llevó a la firma de un nuevo convenio en el que la gestión del centro hospitalario se asoció a la de la atención primaria de la misma área, como mejor instrumento para controlar la demanda de atención especializada y, con ello, la rentabilidad de la gestión para las empresas adjudicatarias.

Ni ese nuevo convenio, firmado ya en unas condiciones legales diferentes por la entrada en vigor de la Ley 15/1997, ni ningún otro posterior de las mismas características, han sido objeto de recurso ante los tribunales, por lo que no puede decirse que mi valoración anterior haya sido objeto de ninguna sentencia en sentido contrario. Lo que sitúa como dato principal para el desarrollo de esas formas de gestión la tolerancia política respecto de las mismas observada por parte de la mayoría de los partidos con representación parlamentaria.

²⁶⁸ Sobre la ilegalidad añadida de esa puesta en marcha masiva de gestión privada del sistema sanitario público se puede ver Menéndez Rexach (2008).

teórico del modelo más adecuado para la gestión de los centros del SNS²⁶⁹, la oposición ciudadana más espontánea al modelo aplicado aquí solicita la derogación de la Ley 15/1997²⁷⁰. Una petición de viabilidad más que dudosa, en especial a la vista de los apoyos con los que contó para su aprobación, que sigue sin ponerse en cuestión, y cuyo recorrido no parece tampoco demasiado efectivo (Rey del Castillo, 2009 e) de cara a detener el proceso de deterioro de la asistencia sanitaria en esta Comunidad.

1.4) El Plan Estratégico del INSALUD de 1998

De la rápida exposición anterior cabría deducir de manera sesgada que esos desarrollos llevados a cabo por el PP originalmente en la Comunidad Valenciana suponían la verdadera “cara oculta” de los proyectos sanitarios de este partido, poniendo con ello en cuestión la posición de continuidad, o al menos de ausencia de ruptura franca, con las posiciones mantenidas por el Partido Socialista en el pasado más inmediato como Gobierno, y después en estos primeros años de oposición.

Pero esa interpretación sesgada no resulta congruente con la posición más general del PP en este período que se deduce del análisis del llamado “Plan Estratégico del INSALUD”, un documento de análisis y propuesta presentado por el Secretario General de asistencia sanitaria y Presidente Ejecutivo del INSALUD, Alberto Núñez Feijoo, actual Presidente de la Xunta de Galicia, en enero de 1998 (INSALUD, 1998).

Los detalles de la presentación, llevada a cabo en el Palacio de Congresos de Madrid, con la asistencia del equipo económico del Gobierno popular en pleno, incluyendo la presencia del Vicepresidente económico, Rodrigo Rato, no son sólo anecdóticos. Esos detalles parecen traducir una atención por la política sanitaria, al menos de manera aparente, de la que no había gozado nunca durante los Gobiernos del

²⁶⁹ Ver, por ejemplo, el “*Dictamen de la Comisión de Estudio del funcionamiento de los diferentes sistemas de gestión de los servicios sanitarios públicos previstos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de salud, así como de las mejoras prácticas desarrolladas en España y en otros países de nuestro entorno*”, aprobado con los solos votos del PP, que goza de mayoría absoluta en la Asamblea de Madrid, en la Comisión de Estudio creada al efecto, el 20 de mayo de 2009.

²⁷⁰ Pueden verse a este respecto las posiciones de la plataforma CAS-Madrid, accesibles en www.CASmadrid.org. Esta plataforma ha venido convocando diferentes movilizaciones y manifestaciones en Madrid con ese objetivo, al que se han ido añadiendo otros, como la oposición al “área única” creada en fecha reciente por la Comunidad de Madrid. Las movilizaciones fueron apoyadas inicialmente por otras organizaciones, como la FADSP, los sindicatos de clase, e Izquierda Unida, que llegó a formular una proposición no de Ley al efecto que no fue aprobada, pese a lo que mantiene su posición. Tanto los sindicatos mayoritarios como otras organizaciones se han ido, sin embargo, desmarcando progresivamente y por diferentes razones (incluidos los acuerdos en materia de personal alcanzados pese a todo por los sindicatos con la Consejería de Sanidad madrileña) de las convocatorias hechas por la plataforma. Las manifestaciones convocadas por ésta se han ido convirtiendo cada vez más en una vía de expresión de numerosos y distintos grupos de la izquierda extraparlamentaria madrileña, lo que parece hipotecar el desarrollo popular más amplio a la reivindicación original.

PSOE, en los que los desarrollos en esta materia constituyeron de manera sistemática un objeto de atención tan sólo sectorial, y en todo caso menor.

Pero a esos aspectos externos de la presentación hay que añadirles la orientación y el contenido del Plan. Éste comenzaba por decir en su presentación que, *“la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de Abril, crea el Sistema Nacional de Salud, lo que ha supuesto un nuevo paso en la contribución, de manera significativa, al bienestar de los ciudadanos”*, para enmarcar después las reformas necesarias del mismo en los límites establecidos, *“con el voto favorable de todos los grupos parlamentarios que gestionan los Servicios de Salud que integran el Sistema nacional de Salud (PP, PSOE, CiU, PNV, CC)”*, por la Ley 15/1997, de 25 de abril.

En consecuencia con esa presentación, en la que se hacía también referencia *“obviamente”* a las recomendaciones y conclusiones del Acuerdo de la Subcomisión Parlamentaria antes citadas, lo que el Plan Estratégico planteaba para el ámbito del INSALUD todavía no traspasado era el reforzamiento de las funciones corporativas de la estructura central del Instituto²⁷¹ como organismo autónomo, una naturaleza de la que ya estaba dotado jurídicamente. A la vez, para el establecimiento de un sistema de competencia gestionada con separación de las funciones de compra y provisión, se preveía dotar de personalidad jurídica y autonomía a los centros, adoptando nuevas formas organizativas tanto en el nivel de atención primaria (en el que se preveía la posibilidad de crear cooperativas de profesionales, denominadas como *“sociedades profesionales”*) como en el hospitalario (un ámbito en el que las nuevas formas de gestión que pretendieran adoptarse, dentro de los límites de la Ley 15/1997 citada, deberían pasar previamente por un proceso de homologación que sirviera para evaluar y garantizar la viabilidad del proyecto).

La relación entre los agentes compradores (a nivel de Dirección Provincial del INSALUD) y los distintos proveedores se pretendía regular mediante un Nuevo Modelo de Contrato de Gestión, planteado como una mejora de los contratos-programa

²⁷¹ En el documento estas funciones se definían como *“aquellas funciones de desarrollo estratégico y de carácter horizontal a la compra y a la provisión, que garantizan el desarrollo del sistema de competencia regulada, y demás funciones para la gestión del cambio organizativo del INSALUD”*, incluyendo entre otras las de la *“consolidación formal y normativa del proceso del cambio organizativo...el análisis, desarrollo y mantenimiento integrado de los sistemas de información; realizar un Plan de Calidad Total donde se fijen los criterios corporativos mínimos a desarrollar por todos los proveedores públicos; desarrollar e implantar la acreditación, en términos de calidad, para los centros sanitarios; desarrollar la homologación de los centros y servicios sanitarios en orden a dotarlos de personalidad jurídica; diseñar una Unidad Central de Registro y Seguimiento de los centros sanitarios con autonomía de gestión”*

heredados de la época socialista, y considerado como *“elemento básico donde se fija el sistema de financiación de los centros proveedores y con ello los incentivos y los riesgos que se transfieren”*.

El Plan, de aplicación al ámbito territorial del INSALUD no transferido, que en aquel momento seguía incluyendo 10 CCAA (el 60% de ellas) pero sólo el 40% de la población, hacía referencia también al horizonte del posible traspaso de la gestión del Instituto a esas diez CCAA, previendo como mecanismo preparatorio y adaptativo a ese horizonte, no concretado en términos temporales precisos, la creación de Direcciones Territoriales, una por cada CA restante.

En otros capítulos, además del desarrollo del personal directivo en las instituciones, a lo que dedicaba un capítulo completo, preveía también una adaptación del régimen de personal, de manera que fuera *“concordante con la incorporación de autonomía de gestión a las instituciones sanitarias, sin que suponga una pérdida de los derechos adquiridos. Se debe avanzar en la flexibilización del marco estatutario actual para conciliarlo con la autonomía de gestión de los centros y el ejercicio de la opción voluntaria, para pasar del régimen estatutario al laboral, sólo en los centros de nueva construcción”*.

Como fases iniciales de ese proceso, calificado como muy gradual, se preveía la *“vinculación del personal al centro y modulación de la movilidad; selección del personal desde los propios centros, con régimen común de acceso; desarrollar las características propias de la carrera profesional de cada centro; reforzar el papel central del médico en los centros sanitarios; potenciar y protocolizar los incentivos en las retribuciones”*, siendo la fase final de ese proceso la mencionada *“transición del personal del régimen estatutario hacia el régimen laboral en centros de nueva creación”*.

Las medidas en otros terrenos incluían también el control del gasto farmacéutico, para lo que se preveían entre otras los presupuestos indicativos por médico, Equipo de Atención Primaria o módulo organizativo; el fomento de la prescripción de medicamentos genéricos; y la información a los profesionales sobre precios de referencia.

Es bien cierto que el lenguaje en el que están expresadas muchas de esas previsiones era el propio de un ejercicio de planificación estratégica, a cuyo esquema de desarrollo se adaptaba de manera ajustada su elaboración y presentación. Su redacción,

en consecuencia, no estaba dotada de un nivel de concreción suficiente en muchos aspectos.

Por otra parte, el plazo de cuatro años para el que estaba previsto su desarrollo, con seguimiento y actualizaciones anuales, no se cumplió. Lo que ocurrió fundamentalmente porque el Gobierno del propio Partido Popular que sucedió en 2000 al que lo había elaborado, dos años después de su presentación alteró por completo su horizonte, pasando a convertir el traspaso del INSALUD a las 10 CCAA pendientes en su objetivo prioritario. Un objetivo que se ejecutó a finales de 2001, en las condiciones y con las características que se describen un poco más adelante.

Es también cierto que el Plan adolecía del mismo defecto que el ejercicio de la responsabilidad ejercida por los Ministerios socialistas en los anteriores Gobiernos: el de considerar en la práctica el Ministerio de Sanidad como el Ministerio “del INSALUD”, renunciando a ejercer su responsabilidad sobre el conjunto del Sistema.

Pero hasta en esto, además de la utilización de un lenguaje y unos objetivos que resultan superponibles a los utilizados por los responsables socialistas en sus últimos años de gobierno y luego en la oposición (en todo lo referente al establecimiento de la competencia gestionada; la separación de las funciones de financiación, compra y provisión; y el horizonte de dotar de autonomía de gestión a los centros), el Plan resulta una buena expresión de que la política general del PP sobre la organización del sistema sanitario no difirió en aquel momento sustancialmente de la previa más inmediata del PSOE .

La coincidencia alcanza también a la ausencia de controles sobre los desarrollos autonómicos situados al margen de lo previsto con carácter general para la organización del Sistema. Lo que convirtió a los “outsiders” del propio Sistema, como en este caso la Comunidad Valenciana, sobre la base de ese nulo control y por la vía del ejemplo efectivo, en los determinantes más influyentes de la descoordinación de su evolución.

Incluso podría pensarse que una visión más integrada del conjunto de aspectos citados, junto con un apoyo político más claro por parte de la organización política y el Gobierno que lo promovieron, constituye una ventaja comparativa a favor de este Plan Estratégico con respecto a las posiciones en la misma línea de creación de mecanismos de competencia y de dotar de autonomía a los centros expresadas antes y después en el ámbito del PSOE.

De hecho, las críticas formuladas desde este ámbito resultaron escasas y expresadas con poco convencimiento²⁷², mientras que las opiniones personales de algunos de los últimos cargos socialistas en el Ministerio de Sanidad subrayaban la continuidad de las medidas previstas con algunas de las que ya se estaban aplicando con el Gobierno socialista anterior²⁷³.

a.2) La descentralización y la financiación durante este período.

El Gobierno del PP que actuó entre 1996 y 2000 no introdujo ninguna modificación significativa en el proceso de descentralización que se había llevado a cabo hasta el primero de esos años, cuyo último acto había sido el traspaso del INSALUD a Canarias en 1994.

Las diez restantes CCAA que todavía no habían recibido ese traspaso habían accedido todas ellas a su constitución como tales por la vía del artículo 143 de la Constitución Española (CE). En relación con ello, en ninguno de sus Estatutos de autonomía correspondientes figuraba ninguna disposición que les permitiera asumir las competencias en materia de “ejecución de los servicios de la Seguridad Social” con arreglo a lo previsto en el apartado 17 del artículo 149.1 de la propia Constitución. De esa situación estatutaria se derivaba la necesidad de que, para asumir el traspaso del Instituto sanitario, cada una de ellas debiera modificar previamente su Estatuto de autonomía. Modificación que debía suponer al menos que entre las competencias potenciales de cada una se inscribiera con unas u otras palabras la de la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, título en virtud del cual se habían hecho los trasposos anteriores a las otras siete CCAA.

Ese proceso previo de modificación estatutaria, con la excepción de Aragón, que lo llevó a cabo en 1994, no se inició con carácter general hasta el año 2000, por lo que durante este período la distribución competencial no cambió. Los únicos cambios en este plazo, aún sin la definición de un modelo organizativo territorial cerrado, fueron las referencias a la creación de las Direcciones Territoriales del INSALUD, a las que hacía mención el Plan Estratégico comentado como adaptación necesaria para facilitar el traspaso posterior.

²⁷² Se puede ver, por ejemplo González (1998).

²⁷³ Ver, por ejemplo, J. Luis Temes, Subsecretario hasta 1996 y anterior Director General del INSALUD: “Gestión asumible por cualquier ideología”; ó J. Gutiérrez Morlote, antiguo Director Provincial del INSALUD en Salamanca y Director General de Recursos Humanos en el Mº de Sanidad: “Algunas medidas ya se estaban aplicando”. Diario Médico, 23 de enero de 1998, p. 5, col. 5.

Como consecuencia de la ausencia de cambios en los traspasos, la actuación del Consejo Interterritorial como máximo órgano de coordinación sanitario se mantuvo en una línea continuista en la que siguieron patentes sus limitaciones, en especial las derivadas de reunir en su seno a CCAA con niveles de competencia distintos. Estas limitaciones afectaban de manera muy precisa a las cuestiones presupuestarias y financieras, terrenos en los que las CCAA sin competencias en la gestión de la asistencia sanitaria no tenían capacidad de intervenir de manera directa, pese a su permanente tendencia a tratar de hacer presentes sus intereses y su opinión, y en los cuales su representación se ejercía de hecho a través del INSALUD.

En ese contexto, la referencia para la elaboración del presupuesto para asistencia sanitaria atribuido a las CCAA que habían recibido los traspasos continuó siendo el presupuesto del INSALUD no transferido, con la consecuencia ya comentada en el capítulo II.6.d) de que el 40% de la factura servía de referencia a los presupuestos de cada una de aquellas CCAA mediante la proyección de los coeficientes poblacionales correspondientes.

Por otra parte, el acuerdo para la financiación sanitaria alcanzado en 1994, cuyas características homogeneizadoras de los sistemas de financiación previos de cada una de esas CCAA he comentado ya en el apartado correspondiente, tenía previsto su alcance hasta 1997, por lo que en aquel año fue necesario iniciar su renovación.

Ésta se produjo mediante un acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera (de nuevo al margen del Consejo Interterritorial, el órgano de coordinación sanitaria) de 27 de noviembre de ese año, que contó con el apoyo de todas las CCAA que tenían transferida la asistencia sanitaria, y con la oposición, sin efecto práctico alguno, de Extremadura y Castilla-La Mancha, las dos gobernadas por el PSOE, entre las que dependían para la asistencia sanitaria del INSALUD.

-En lo esencial el sistema de financiación mantuvo un esquema de previsión y distribución del presupuesto de asistencia sanitaria similar al que se había establecido en el sistema de financiación de 1994, aunque variando los conceptos por los que distribuir cantidades adicionales, estableciendo para ello dos fondos de cuya aplicación resultó especialmente favorecida Cataluña. Algo que resultaba previsible pues, como he indicado en el apartado anterior, esta CA, gobernada por CiU, condicionaba el apoyo de este partido en el Congreso a los Presupuestos presentados por el Gobierno popular a la atribución de cantidades adicionales con las que paliar los déficits por su gestión sanitaria en que venía incurriendo desde años atrás (de cuyo montante, a falta de

información económica fidedigna, sólo se podían obtener informaciones indirectas a través de la deudas con los proveedores puestas de manifiesto por éstos).

Como referencia inicial del presupuesto sanitario se estableció una partida de 3.719.396,5 millones de pesetas, lo que suponía unos recursos adicionales por valor de 25.000 millones de pesetas por encima de lo que habría supuesto una mera prórroga del modelo anterior, cantidad que se justificaba como contribución a la mejora del sistema. Para la constitución del Fondo General, que se distribuiría aplicando el criterio de población protegida (cuyo cálculo se había homogeneizado en el acuerdo anterior, tomando en este caso como referencia la de 1996), hasta alcanzar una cifra global de 3.769.396,5 millones de pesetas, a la cantidad que suponía la referencia inicial citada se le añadían 10.000 millones de pesetas para incrementar la garantía de cobertura, más otros 40.000 millones, que se preveían obtener de medidas de ahorro en la lucha contra el fraude en la incapacidad temporal.

Al Fondo General distribuído con arreglo al coeficiente de población protegida indicado se le añadían dos Fondos, el primero de ellos establecido con el fin de garantizar una financiación mínima a todas las CCAA con independencia de que en ellas se hubiera reducido la población protegida (lo que había ocurrido en aquel plazo en el caso de Cataluña). El importe de esta dotación ascendía a 20.444,4 millones de pesetas, que favorecieron de manera desigual a las distintas CCAA, como puede observarse en la tabla siguiente.

Tabla 29. Distribución territorial de los recursos sanitarios de la Seguridad Social en millones de pesetas según el Acuerdo de 27 de noviembre de 1997.

	Fondo general (*)	Porcentaje	Fondo docencia y desplazados	Porcentaje	Fondo compensación	Porcentaje	Lucha contra fraude ILT	Porcentaje	Total	Porcentaje
Cataluña	593.665,3	15,75	23.373,2	48,78	7.454,6	36,46	6.299,8	15,75	624.493,1	16,27
Galicia	260.559,7	6,91	1.566,0	3,27	3.716,9	18,18	2.765,0	6,91	265.842,6	6,93
Andalucía	681.160,9	18,07	12.334,2	25,74	0,0	0,00	7.228,3	18,07	693.495,1	18,07
Comunidad Valenciana	385.440,6	10,23	3.314,1	6,92	0,0	0,00	4.090,2	10,23	388.754,7	10,13
Canarias	153.310,5	4,07	1.099,7	2,29	0,0	0,00	1.626,9	4,07	154.410,2	4,02
País Vasco	205.263,7	5,45	538,5	1,12	2.998,0	14,66	2.178,2	5,45	208.800,2	5,44
Navarra	50.669,2	1,34	138,1	0,29	830,5	4,06	537,7	1,34	51.637,8	1,35
INSALUD-gestión transferida	2.330.069,8	61,82	42.363,8	88,41	15.000,0	73,37	24.726,2	61,82	2.387.433,6	62,21
INSALUD-gestión directa	1.439.326,7	38,18	5.554,6	11,59	5.444,4	26,63	15.273,8	38,18	1.450.325,7	37,79
TOTAL	3.769.396,5	100,00	47.918,4	100,00	20.444,4	100,00	40.000,0	100,00	3.837.759,3	100,00

(*) Incluye Lucha contra Fraude ILT.

Fuente: Sánchez Maldonado, (1998). La financiación territorial de la sanidad.

Lo mismo ocurría con el segundo Fondo, previsto para la financiación de “gastos extraordinarios” originados por docencia y asistencia hospitalaria a los residentes en otros territorios distintos del propio (dos conceptos en los que también destacaba

Cataluña). La cantidad asignada a este Fondo fue de 47.918,4 millones de pesetas, y en la Tabla 29 se puede observar también su desigual distribución.

La cantidad total de recursos financieros asignados a la asistencia sanitaria ascendió, en consecuencia, en 1998 a 3.837.759,3 millones de pesetas, y su distribución en cifras absolutas y en términos porcentuales se puede ver también en las últimas columnas de la misma tabla.

Tabla 30. Participación porcentual de las CCAA en la distribución territorial de los recursos sanitarios de la Seguridad Social según el Acuerdo financiero de 1997.

	(1) Participación real en recursos	(2) Participación población derecho 1996	(3) Participación población protegida 1996	(1) - (2)	(1) - (3)
Cataluña.....	16,27	15,35	15,75	0,92	0,52
Galicia.....	6,93	6,91	6,91	0,01	0,01
Andalucía.....	18,07	18,24	18,07	-0,17	0,00
Comunidad Valenciana.....	10,13	10,11	10,23	0,02	-0,10
Canarias.....	4,02	4,05	4,07	-0,03	-0,04
País Vasco.....	5,44	5,29	5,45	0,15	0,00
Navarra.....	1,35	1,31	1,34	0,03	0,00
INSALUD-gestión transferida.....	62,21	61,26	61,82	0,95	0,39
INSALUD-gestión directa.....	37,79	38,74	38,18	-0,95	-0,39
TOTAL.....	100,00	100,00	100,00	0,00	0,00

Fuente: Sánchez Maldonado (1998). La financiación territorial de la sanidad.

Por otra parte, en la tabla 30 se puede observar que esa distribución territorial de la financiación sanitaria favoreció principalmente a Cataluña, cuya participación porcentual en la financiación total por este concepto resultaba del 16,27%, frente a un porcentaje de población protegida del 15,75%. Galicia y Andalucía mantenían una posición neutra (igual en términos de participación financiera que en los de población) y Canarias y la Comunidad Valenciana apenas perdían una décima porcentuales en términos financieros respecto a los de población protegida. Mientras que los territorios más perjudicados (38.18% de población protegida frente a 37,79% en financiación) resultaban ser de manera conjunta los del INSALUD no transferido a las CCAA respectivas.

Las cifras por CCAA en términos de financiación capitativa se reflejan en la Tabla 31, en la que se incluyen también las correspondientes al año anterior con arreglo a las mismas referencias en población de derecho y población protegida de 1996. En este caso se puede observar que la cifra real (y porcentual) de aumento entre uno y otro año no fue la mayor en el caso de Cataluña. Eso se debe, sin embargo, a que el sistema de financiación anterior, establecido en la época de Gobierno del PSOE, favorecía ya también de manera especial a Cataluña, que con ese sistema anterior ocupaba el

segundo lugar en financiación capitativa, sólo superado por el País Vasco, sometido a su sistema peculiar de financiación. Sin embargo, al año siguiente esa posición varió, destacándose netamente Cataluña en términos absolutos de financiación capitativa.

Tabla 31. Distribución territorial de la financiación sanitaria per cápita (en pesetas por habitante) según el Acuerdo de 1997.

	1998		1997	
	<i>Población derecho 1996</i>	<i>Población protegida 1996</i>	<i>Población derecho 1996</i>	<i>Población protegida 1996</i>
Cataluña.....	102.543	105.766	93.871	96.822
Galicia	96.930	102.584	90.640	95.927
Andalucía	95.854	102.366	86.878	92.780
Comunidad Valenciana	96.963	101.410	88.940	93.019
Canarias	96.114	101.266	85.450	90.031
País Vasco	99.521	102.277	94.350	96.964
Navarra	99.194	102.467	91.096	94.102
INSALUD-gestión transferida.....	98.240	103.020	90.036	94.417
INSALUD-gestión directa	94.377	101.314	89.214	95.771
TOTAL	96.744	102.369	89.718	94.934

Fuente; Sánchez Maldonado (1998). La financiación territorial de la sanidad.

Las cifras anteriores permiten derivar sin necesidad de mayores explicaciones que el establecimiento de la financiación sanitaria acordado en 1998, como había ocurrido previamente con el establecido por el PSOE en la legislatura anterior, en la que éste carecía también de la mayoría parlamentaria necesaria, tuvo como objetivo principal garantizar el apoyo político necesario al partido en el Gobierno para la aprobación de otras propuestas, de ellas de manera destacada los presupuestos de cada año. Un apoyo que, por otra parte, bastaba con que se lo proporcionase el grupo catalán en el Congreso para lograr la mayoría necesaria para la aprobación de los proyectos correspondientes. Esta situación, fuera de los períodos de mayorías absolutas de uno u otro partido en el Gobierno, ha obrado en detrimento de la independencia de las políticas sanitarias como objetivo político específico, pero constituye en todo caso un rasgo común a los gobiernos sin mayorías absolutas, con independencia de su inclinación.

-Otro rasgo común en este plazo con la tendencia marcada previamente por el Partido Socialista fue la correspondiente a la continuación del proceso de reducción de la aportación de la Seguridad Social a la financiación sanitaria. Un proceso justificado por todos los partidos, y también por los sindicatos, como la consecuencia lógica de la

separación de las fuentes de financiación de la prestaciones universales, para pasar a hacerla sólo con impuestos generales, prevista en el pacto de Toledo.

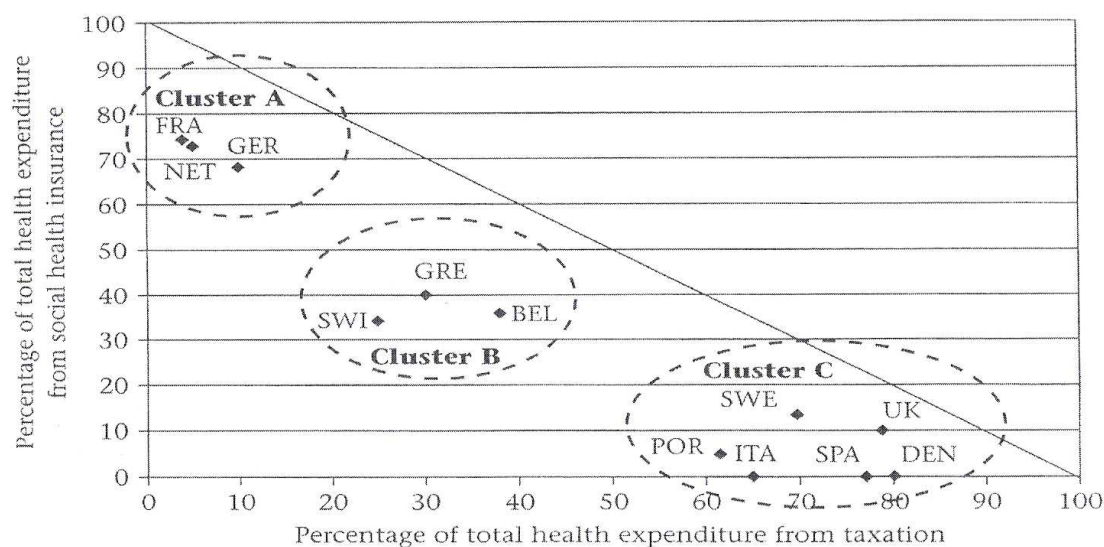
Se trata en todo caso de una cuestión, a la que ya hecho referencia en el apartado II.6.d) anterior, que resulta discutible en algunos de sus extremos (la prestación farmacéutica), y que por otra parte, una vez culminada, lo que ocurrió en 1999, sitúa a nuestro país en una situación casi inédita con respecto a los sistemas sanitarios de otros países de nuestro entorno.

Con respecto a la primera de esas cuestiones, lo que ocurre es que al regular determinados aspectos de lo que en la actualidad es una prestación sanitaria, como lo es la farmacéutica, la regulación de algunos de ellos, en concreto la que rige los sistemas de aportación de los usuarios, se sigue haciendo con reglas de la Seguridad Social, que en el régimen general excluye de tal aportación a los pensionistas. Esto la convierte en la práctica en una prestación económica en especie, cuya utilidad sanitaria y el consumo inducido que se deriva de ella, así como la utilización que se hace de la medicación obtenida por esta vía, se han puesto repetidamente en cuestión. Lo que, sin embargo, no ha servido hasta ahora para cambiar la regulación desde el ámbito sanitario, pese al cambio producido en la financiación.

La segunda cuestión es que la desaparición completa de una parte siquiera residual de la aportación de la Seguridad Social a la financiación sanitaria convierte a nuestro país en uno de los escasos ejemplos, junto a Italia y Dinamarca, de países en los que, como puede verse en el Gráfico 8, ha desaparecido por completo tal aportación. Ésta, por otra parte, resulta congruente con el concepto de la cobertura sanitaria como una prestación universal y no contributiva de la Seguridad Social con la que fueron concebidos a partir de Beveridge los Servicios Nacionales de Salud.

Por el contrario, del cese completo de la participación de la Seguridad Social en la financiación sanitaria se dedujo de inmediato la exclusión de los servicios sanitarios de las reglas que rigen el ejercicio de las competencias de coordinación por parte de la Administración General del Estado en el ámbito de la propia Seguridad Social, y en concreto la posibilidad de intervención en el ámbito de su régimen económico. Lo que, por su parte, reduce de la manera que ya he comentado en apartados y textos previos (Rey Biel, 2006) las posibilidades reales de funcionamiento coordinado, siquiera a niveles básicos, de los servicios sanitarios.

Gráfico 8. Porcentaje del gasto sanitario total financiado con impuestos y cotizaciones sociales en países europeos seleccionados en 1998 o último año disponible anterior.



Key: BEL, Belgium; FRA, France; DEN, Denmark; GER, Germany; GRE, Greece; ITA, Italy; NET, Netherlands; POR, Portugal; SPA, Spain; SWE, Sweden; SWI, Switzerland; UK, United Kingdom.

Source: authors' estimates based on OECD (2000)

Fuente: Mossialos et al. (2002 b). Funding health care: options for Europe.

b) La segunda legislatura Popular (1ª parte) (2000-2002).

A cualquier observador no experto al que se le preguntara qué recuerda de este período, dándole como referencia para ello el nombre de quien ejerció la responsabilidad del Ministerio en este plazo, que fue la malagueña Celia Villalobos, quien venía de ejercer la alcaldía de aquella localidad como precedente más inmediato, probablemente extraería de sus recuerdos uno de carácter gastronómico: el de la receta proporcionada por la Ministra ejerciente para elaborar un caldo con carne de vacuno, de manera que se conjurase el riesgo del consumo de ésta, evitando la transmisión de los priones causantes de la encefalopatía espongiforme bovina, una enfermedad que se declaró en aquel plazo, cuya incidencia real, vista desde la época actual casi diez años después, dista de manera muy importante de la alarma que en aquel momento causó.

Sin embargo, la caracterización de este período sobre la base de ese recuerdo más popular y mediático, no respondería de manera adecuada a la realidad de las transformaciones de importancia para el sistema sanitario que tuvieron lugar en este plazo. De ellas cabe destacar dos, de naturaleza muy diferente:

-la primera, la modificación del sistema de financiación sanitaria, que legalmente tuvo lugar en diciembre de 2001, y que se acompañó del cierre del traspaso del INSALUD a las diez CCAA que no lo habían recibido todavía. Sobre las características del nuevo sistema de financiación establecido, que ha permanecido en vigor hasta Julio de 2009, y sobre la vinculación entre el cierre de los traspasos del INSALUD y la aplicación del nuevo sistema de financiación, se realiza a continuación una descripción más amplia.

En todo caso, la caracterización de estos procesos permite ante todo destacar que, siendo actuaciones de gran trascendencia para el sistema sanitario, no se decidieron ni se llevaron a cabo bajo la dirección del Ministerio de Sanidad, sino bajo la de los órganos económicos del Gobierno, y con la participación de las CCAA no a través del órgano de coordinación sanitario, el Consejo Interterritorial, sino del órgano de coordinación económica y financiera, el llamado Consejo de Política Fiscal y Financiera. Dejando aparte otras características del sistema, esta distribución peculiar de la iniciativa resulta significativa del sentido prioritario, más económico que sanitario, que tuvieron tales actuaciones.

-la segunda iniciativa responde, por el contrario, a las características opuestas: una iniciativa desde y dentro del ámbito sanitario, puesta en marcha a pesar de las dificultades que planteaba, y de la actitud pasiva para llevarla a cabo que, siendo a todas luces necesaria, habían demostrado hasta entonces gobiernos anteriores, tanto los últimos del PSOE, como el del propio Partido Popular en el período inmediato anterior.

Se trata de la puesta en marcha de una Oferta Pública de Empleo (OPE) a finales de 2001 que vino a subsanar la ausencia de convocatorias de plazas de diferentes categorías que venían sin hacerse en el territorio todavía gobernado por el INSALUD desde casi siete años antes. Una ausencia de convocatorias que, siguiendo la filosofía de las supuestas ventajas en términos de eficiencia para la organización sanitaria que se consideraba derivaban de la inseguridad en los puestos de trabajo, a la que se ha aludido en el apartado II.6.f.3) anterior, había dado lugar a toda clase de situaciones contractuales y nombramientos irregulares que requerían de una homologación cada vez más difícil a medida que iba pasando el tiempo y aquéllos se multiplicaban, hasta alcanzar cifras milenarias.

Los problemas, dificultades y errores en los que se pudo incurrir en el desarrollo de la OPE citada no empecen en todo caso, a mi juicio, el valor de la decisión política que supuso poner en marcha una iniciativa para poner fin a esa situación, que tenía

consecuencias muy negativas para el sistema sanitario en su conjunto. Ante todo la del incumplimiento sistemático de las reglas establecidas para regular el acceso a las plazas del sistema sanitario público y la vinculación del personal con el mismo, sin haber planteado su modificación; lo que convertía a las actuaciones contrarias en una muestra palpable de la arbitrariedad en el ejercicio de las responsabilidades sanitarias susceptible de trasladarse a cualquier otro ámbito de actuación dentro del propio sector.

A la descripción y el análisis de una y otra cuestión se dedican los apartados siguientes.

b.1) El establecimiento de un nuevo sistema de financiación sanitaria y el cierre de los traspasos del INSALUD a las CCAA.

Aunque los dos hechos más destacados de este período se han puesto al mismo nivel en la introducción anterior, hay que reconocer que la trascendencia de esta medida para el sistema sanitario, aunque sólo sea por sus efectos más generales y permanentes, fue muy superior. De hecho, supuso un giro significativo no sólo desde el punto de vista técnico, sino que puso de relieve una vez más, estableciendo las bases para que esa situación se mantuviera en el futuro, la utilización de los servicios sanitarios como un instrumento primordial de política económica (sobre la base de la importancia que suponen los servicios sanitarios para la economía presupuestaria de las CCAA), a la vez que se subordinaba a esa utilización la consideración de estos servicios como instrumento general y específico de cohesión social y territorial.

Estas afirmaciones requieren de una justificación que sólo puede deducirse de la explicación de las características del nuevo sistema de financiación sanitaria, cuya diferencia principal con los que se venían aplicando hasta entonces fue la desdiferenciación del mismo que se produjo, pasando a integrar la financiación sanitaria en el sistema de financiación autonómica común.

La secuencia que condujo al establecimiento de este sistema de financiación sin diferenciación finalista comenzó por la aprobación del sistema con el apoyo de todas las CCAA, con independencia del color político de sus gobiernos respectivos, el 27 de Julio de 2001, apoyo que se produjo en la reunión del Consejo de Política Fiscal y Financiera que tuvo lugar ese día.

La traducción legal de ese acuerdo se produjo a fin de año, mediante dos normas: la Ley Orgánica 7/2001, de 27 de diciembre, *de modificación de la Ley*

Orgánica 8/180, de financiación de las CCAA (LOFCA) , y la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las CCAA de régimen común (todas menos Navarra y el País Vasco, que se financian por sistemas específicos conocidos como “cupo” y “amejoramiento del fuero” respectivamente).

Como referencia de los cambios introducidos por las leyes citadas en la financiación sanitaria hay que partir de su situación previa, que era la descrita en el apartado II.8.a.2) anterior. Se trataba de un sistema de financiación sanitario diferenciado imperfecto, en el que los ingresos de origen contributivo basados en las aportaciones de trabajadores y empresarios, como se ha indicado, fueron progresivamente sustituidos por aportaciones fiscales, un proceso que se cerró en 1999, año a partir del cual la totalidad de los fondos para la financiación sanitaria procedieron de fuentes fiscales. Pese a ello, el sistema de financiación sanitaria continuó siendo supuestamente finalista²⁷⁴ y diferenciado hasta el momento ya descrito, a partir de enero de 2002, por aplicación de las leyes citadas de diciembre de 2001, en el que la financiación sanitaria se integró de manera indiferenciada en el sistema de financiación autonómica general.

Una característica fundamental del proceso de cambio es que la introducción de este nuevo sistema de financiación tuvo lugar de manera simultánea con el cierre del proceso de descentralización de la asistencia sanitaria (de la Seguridad Social) a las diez CCAA que no habían recibido todavía ese traspaso. En ese proceso simultáneo las razones financieras y de incremento de la capacidad de gasto de las Comunidades Autónomas predominaron netamente sobre las razones sanitarias para la descentralización.

La mejor prueba de la veracidad de la afirmación anterior es la Disposición Final segunda de la Ley 21/2001, que condicionó (probablemente de manera ilegal, aunque

²⁷⁴ El carácter finalista del sistema de financiación vigente hasta diciembre de 2001 era más formal que real. Desde que se inició el traspaso del INSALUD a las CCAA, lo que empezó con el realizado a Cataluña en 1981, sobre cuyas características iniciales y su evolución posterior se han hecho diferentes comentarios y observaciones en el apartado II.6.d), las CCAA integraron la financiación recibida para su dedicación a la asistencia sanitaria en su masa presupuestaria común, que venían distribuyendo con arreglo a sus propios criterios. La habilitación legal para presentar sus presupuestos con arreglo a sus propias normas presupuestarias, y la ausencia de sistemas de información económica homologados que permitieran el seguimiento del destino real de las cantidades recibidas con fines supuestos de atención sanitaria, así como del gasto efectuado y en su caso, del endeudamiento en el que hubieran podido incurrir, sentaron las bases para que el sentido finalista de la financiación sanitaria hasta diciembre de 2001 tuviera más el carácter formal que real que he mencionado al principio de esta nota. Lo que da al cambio efectuado en 2001 con el nuevo sistema de financiación un valor también más formal que efectivo.

todavía no hay sentencia en el recurso interpuesto al respecto por el Partido Socialista ante el Tribunal Constitucional) la aplicación del nuevo sistema de financiación a las diez CCAA que estaban pendientes de recibir los traspasos de la asistencia sanitaria a la aceptación de esos mismos traspasos.

Por otra parte, en los acuerdos de transferencia correspondientes, esas CCAA obtuvieron una valoración económica de los bienes y servicios traspasados algo superior (si bien de manera discrecional y distinta para cada una de ellas) a la que se deduciría de los coeficientes de financiación previstos en la Ley en la mayoría de los casos. Esa valoración superior a la estrictamente prevista en los coeficientes citados actuó sin duda como “lubricante” para la aceptación de los traspasos, vinculada a la aplicación del nuevo sistema de financiación.

La razón principal de la preferencia en aquel momento por la aprobación de un nuevo sistema de financiación autonómica hay que buscarla en el papel que juegan los servicios sanitarios en el gasto público de las CCAA una vez éstas asumen su gestión. La proporción del gasto sanitario en el total del gasto público de cada Comunidad supuso, según las estimaciones más recientes, un promedio del 37,6% para cada CA en el año 2003 (Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes, 2005).

Puesto que la finalidad del sistema de financiación autonómica es dotar a cada CA de fondos suficientes para afrontar los servicios que deben atender, el traspaso de los servicios sanitarios era condición indispensable para que se pudiera ceder a las CCAA el amplio paquete de impuestos que caracterizaron al nuevo sistema financiero. Sin el traspaso de los servicios sanitarios, una cesión de impuestos tan amplia como la que tuvo lugar hubiera carecido de justificación. A su vez, aceptar una situación de traspasos sanitarios diferente para distintas CCAA hubiera determinado la aplicación de sistemas de financiación distintos para cada uno de los grupos de aquéllas constituidos conforme a los servicios traspasados a la responsabilidad de su gestión. Esto habría roto de nuevo la homogeneidad del sistema de financiación autonómica (para todas las CCAA excepto Navarra y el País Vasco, que disponen de sistemas de financiación específicos conforme a los cuales ellas mismas recaudan su propios tributos, y cuya aplicación deriva en unos ingresos per cápita superiores a los del resto de CCAA de régimen “común”), lo que era otro de los objetivos prioritarios de su implantación.

Sin embargo, todo ello supone también que el proceso de cierre de los traspasos del INSALUD a las CCAA que los tenían pendientes no constituyó un objetivo en sí mismo, sino un instrumento al servicio de la implantación del nuevo sistema de

financiación autonómica, al margen de las consecuencias sobre los servicios sanitarios que pudiera tener. Esas consecuencias suponían de entrada un cambio significativo para la constitución de los servicios sanitarios en todos sus aspectos, incluidos los financieros, pues no en vano el ejercicio real de la coordinación que se venía ejerciendo en éste y en otros terrenos partía de la base de la utilización como referencia de la gestión, también la financiera, que llevaba a cabo el INSALUD en los territorios en los que no se había llevado a cabo todavía el traspaso.

Un aspecto relevante de la forma en que se generalizó el traspaso a todas las CCAA que estaban todavía pendientes del mismo es que no se adoptó ninguna medida específica dirigida a garantizar la coordinación en el funcionamiento de los servicios traspassados una vez desaparecida la forma habitual en que ésta se venía llevando a cabo. Esta ausencia de previsiones adicionales y la paralela ausencia de variaciones en la forma en que se llevaron a cabo los traspassos, cediendo a cada CA la gestión de los medios materiales y personales ubicados en el territorio de cada una de ellas, resultaba especialmente poco adecuado para las CCAA que los recibieron en esa fase, dada la desigual dotación de medios con que contaban, y las características de su población, en especial el tamaño de algunas de ellas. Una y otras hacían a esas CCAA poco apropiadas para la constitución de servicios de salud que funcionasen de manera independiente y al margen de la colaboración que se pudiera establecer entre ellas, en especial para el funcionamiento de ciertos servicios de mayor complejidad, que, por razones tanto de eficiencia como de calidad de la atención, precisan de una población tributaria de su uso que supera la de diferentes CCAA de las que se traspassaron.

Estas características específicas de varias de las CCAA pendientes de los traspassos no se tuvieron en cuenta para realizarlos. Lo que constituyó un estímulo claro para la orientación posterior que adoptaron todos los servicios de salud de las CCAA receptoras. Por parte de éstos ha predominado su constitución como servicios independientes y responsables tan sólo de la atención de su propia población, dotándose para ello de la totalidad de los medios disponibles para la atención, al margen de los resultados en términos de eficiencia y calidad de la misma que se han invocado. En la práctica, el cierre de los traspassos llevado a cabo mediante el procedimiento señalado (que incluyó la promulgación de los Reales Decretos correspondientes con la relación de los medios personales y materiales cuya gestión se traspassaba a cada CA) supuso el cierre efectivo del “Sistema Nacional de Salud” como sistema integrado, y su sustitución por la mera suma de 17 Servicios de Salud que es en la actualidad.

Se trata de una situación que, como describo más adelante, trató de resolver en 2003, sin conseguirlo, la Ley de Cohesión y Calidad del SNS aprobada ese año. Que una ley posterior al cierre de los traspasos no pudiese introducir cambios significativos en la constitución integrada del sistema no puede extrañar a nadie: la formalización de los traspasos supone la asunción de responsabilidades y poder por parte de sus nuevos responsables sobre los servicios traspasados en todas sus facetas. Plantear que se puedan establecer a posteriori condiciones sobre la forma en que se puedan ejercer aquéllos distintas a las establecidas en el momento del traspaso, a la vista de la dinámica descentralizadora establecida en España, resulta no sólo improbable sino incluso imposible. Pero esa dinámica era bien conocida, no sólo en el terreno sanitario, en el momento en que se adoptaron estas medidas, por lo que la ausencia de previsiones diferentes no puede considerarse un olvido o una falta de previsión, sino la expresión de un sistema de valores y prioridades distintas a las sanitarias.

La simultaneidad de los traspasos efectuados para cerrar el proceso descentralizador merece también una consideración independiente. Por las características individuales de las CCAA pendientes de los traspasos, pero también por la suma de las de todas ellas, pese a ser diez las pendientes de los traspasos resultaba difícil seguir avanzando en el proceso descentralizador de forma individual, a la manera en la que se había avanzado hasta 1994 con las 7 CCAA que habían recibido previamente estos traspasos.

La razón para ello es que, siendo una mayoría de las CCAA (60% de éstas) las que no habían alcanzado a recibir el traspaso, la suma de todas ellas representaba, sin embargo, tan sólo, de manera aproximada, el 40% de la población “protegida”, y de manera paralela e igualmente aproximada, el 40% de la financiación para asistencia sanitaria. Tal situación restaba las posibilidades financieras de maniobra, basadas en una valoración más o menos beneficiosa para cada CA de la población y los medios traspasados, que se habían utilizado de manera distinta en anteriores traspasos, puesto que la consideración más beneficiosa que se pretendiese utilizar en uno o varios de ellos tendría una repercusión en términos de reducción más directa sobre los restantes, que además no podría ser diluida en una gestión centralizada de los posibles perjuicios, como hasta entonces había ocurrido.

Todo ello llevó a que el cierre simultáneo de los traspasos se hiciese casi obligado. Lo que no quita para que la elección del momento, la forma en que se llevó a cabo, y la ausencia de otras medidas complementarias para garantizar la eficiencia y el

funcionamiento coordinado del sistema descentralizado por completo constituyesen decisiones discrecionales que podrían haber sido adoptadas de manera distinta.

Los márgenes de maniobra en los que se movió la capacidad de introducir estímulos financieros para facilitar en la negociación correspondiente con cada CA la aceptación de los traspasos por cada una de ellas (en algunas de las cuales la actitud de los consejeros sanitarios era reticente a aceptarlos en las condiciones en las que se les ofrecían), cuestión a la que he hecho referencia más arriba, se reflejan en la tabla siguiente.

Tabla 32. Financiación sanitaria solicitada, ofertada y obtenida por las comunidades autónomas receptoras de traspasos del INSALUD en 2001 (millones de euros).

	Solicitud inicial de la comunidad autónoma	Oferta inicial del gobierno	Cantidad obtenida
Aragón	961,62	931,43	989,67
Asturias	955,61	865,46	927,55
Baleares	631,06 (+ 162,27 en inversiones)	601,01	613,03
Cantabria	No indicó cifra	432,73	480,81
Castilla-La Mancha	1.346,27	1.286,17	1.388,34
Castilla y León	1.803,04	No indicó cifra	1.953,29
Extremadura	No indicó cifra	835,89	913,54
La Rioja	240,4	No indicó cifra	269,27
Madrid	3.005,06	No indicó cifra	3.726,28
Murcia	No indicó cifra	793,34	885,25

Fuente: Diario Médico, 27 de diciembre de 2004

A la vista del cuadro, los aumentos en la financiación recibida por los traspasos, resultantes de la valoración negociada de la cuantía inicial de cada traspaso correspondiente, aún manteniéndose en límites reducidos con respecto a la cuantía global del traspaso en cada caso, resultaron significativos en algunos de ellos, más allá de lo que cabría esperar de las limitaciones derivadas del número de CCAA pendientes de recibir el traspaso y de la proporción que suponía su población, a las que he hecho referencia un poco más arriba. Se trata, sin duda, de una expresión añadida de la prioridad otorgada a la aplicación del nuevo sistema de financiación autonómica, incluyendo la sanitaria, a cuyas razones he aludido también en un párrafo anterior.

Por otra parte, la importancia de esta negociación individual de la cuantía inicial de los traspasos del INSALUD para cada CA se pone de manifiesto si se consideran los resultados de la aplicación de los coeficientes de distribución financiera previstos en el acuerdo de Julio de 2001, a lo que se hace referencia en el apartado siguiente. Con arreglo a los datos en términos absolutos y relativos que se ofrecen en la Tabla 33, la financiación por razones sanitarias que recibirían las CCAA con la aplicación del nuevo

sistema aumentaría con respecto al sistema anterior en términos proporcionales absolutos y porcentuales en 8 de ellas, mientras que se reduciría en las 7 restantes. Eso explica que el acuerdo del Consejo de Política Fiscal y Financiera, y luego el sistema de financiación aprobado, ofrecieran “vías de escape” para la determinación de la cantidad inicial a percibir por cada CA con el nuevo modelo con arreglo a los nuevos coeficientes de financiación aprobados. En el caso de las CCAA que debían recibir los traspasos, esa vía de escape era precisamente la negociación de la cuantía inicial del traspaso, una opción que se abría también con algunas peculiaridades a las CCAA que habían ya recibido el traspaso en un plazo anterior.

Tabla 33. Modificaciones de la distribución porcentual de la financiación sanitaria entre CCAA de régimen común entre un sistema de distribución poblacional pura y el nuevo sistema de financiación de diciembre de 2001.

	% Financiación según población protegida	% Financiación según nuevo sistema	Variación	
			Absoluta	%
ANDALUCÍA	19,32	18,55	- 0,77	- 3,98%
ARAGÓN	3,16	3,36	+ 0,20	+ 6,33%
ASTURIAS	2,95	3,11	+ 0,16	+ 5,31%
BALEARES	2,21	2,15	- 0,06	- 2,71%
CANARIAS	4,47	4,15	- 0,32	- 7,15%
CANTABRIA	1,43	1,46	+ 0,03	+ 2,07%
C. LEÓN	6,55	7,04	+ 0,49	+ 7,48%
C. LA MANCHA	4,61	4,78	+ 0,18	+ 3,90%
CATALUÑA	16,99	16,92	- 0,07	- 0,41%
EXTREMADURA	2,83	2,90	+ 0,07	+ 2,35%
GALICIA	7,30	7,60	+ 0,30	+ 4,10%
MADRID	13,53	13,09	- 0,44	- 3,21%
MURCIA	2,98	2,87	- 0,11	- 3,70%
LA RIOJA	0,71	0,73	+ 0,02	+ 3,29%
C. VALENCIANA	10,98	10,84	- 0,14	- 1,27%
TOTAL	100	100	0	---

Fuente: Acuerdo sobre Sistema de Financiación de CCAA de Régimen Común 27/7/2001 y elaboración propia.

Fuente: Rey del Castillo J. (2002 a). El acuerdo sobre la financiación sanitaria.

La conclusión más evidente de todo ello es, de nuevo, la confirmación de la primacía de los objetivos financieros de la aceptación generalizada de un modelo de financiación común sobre los de consolidación del sistema sanitario que refleja el desarrollo combinado de la instauración del nuevo sistema financiero con la culminación de los traspasos del INSALUD a las CCAA.

Para algunas CCAA con gobiernos socialistas, dos de ellas, Extremadura y Castilla-La Mancha, pendientes de recibir los traspasos, a las que se añadía también Andalucía, la aceptación del nuevo modelo de financiación con todas sus consecuencias, incluidas las sanitarias para las dos primeras, tenía otro motivo añadido: la negativa a aceptar el modelo de financiación autonómica previo aprobado en 1998 había supuesto un perjuicio económico notable, que no estaban dispuestos a soportar en una segunda ocasión .

Las características principales del nuevo sistema de financiación, por completo distintas a las de los anteriores sistemas de financiación de la sanidad, se describen a continuación, siguiendo los patrones de descripción que he realizado en diferentes trabajos previos (Rey del Castillo 2002a y 2009d, Rey Biel, 2006)

1.1) Las características del sistema de financiación de 2001.

1.1.1) Las previsiones de ingresos y “necesidades” de gasto.

En el sistema indiferenciado de financiación que se aprobó los ingresos autonómicos están constituidos principalmente por porcentajes diferentes de una “cesta” de impuestos (33% del IRPF recaudado en cada territorio; 35% del IVA igualmente recaudado en la CA respectiva; 40% de los impuestos especiales en las mismas condiciones territoriales de recaudación). Tales impuestos eran y son en todo caso recaudados por la AGE en el territorio de cada CA, y esos fondos son distribuidos también en su mayor parte (98%) a cada una de ellas mediante adelantos mensuales con arreglo a las previsiones recaudatorias correspondientes a cada territorio autonómico, estando a su vez prevista una liquidación final, positiva o negativa, una vez terminado cada año.

Por otra parte, en el sistema de financiación autonómica aprobado las capacidades de gasto de cada CA derivadas de los ingresos generados con la cesión de los impuestos citados debían confrontarse con las “necesidades de financiación” de cada una de ellas. Éstas últimas eran la resultante de la suma de las “necesidades” establecidas en tres campos de actuación diferentes:

- las fijadas para los servicios generales en proporción a la población de cada territorio;

- las sanitarias, cuyo cálculo se preveía de manera proporcional en un 75% a la población “protegida” de cada territorio (la del padrón de cada CA, de la que se resta la población protegida por MUFACE, MUGEJU e ISFAS en cada territorio respectivo), un 24,5% en proporción a la población mayor de 65 años, y un 0,5% (sólo aplicable a

Baleares y Canarias) a la condición de insularidad. Estas cifras se establecieron de manera discrecional, sin soporte estadístico que justificase que las “necesidades” de financiación sanitaria derivasen de los criterios señalados, y menos aún que lo hicieran en esa proporción, pero fueron las cifras aceptadas por todas las CCAA en el Consejo de Política Fiscal y Financiera²⁷⁵;

- por último, las necesidades de servicios sociales, cuya base de cálculo era la población de cada territorio que supera la edad de 65 años, según se estableció.

Con la suma de las cantidades de financiación proporcionales correspondientes a cada CA por cada uno de esos bloques se establecían las necesidades globales de financiación de cada una de ellas. (Sin embargo, conforme al criterio no finalista señalado en los apartados anteriores, hay que repetir que las “necesidades” sanitarias así determinadas no significaban que esas cantidades se destinasen a fines sanitarios por cada CA. Por el contrario, el conjunto de las cantidades que recibe cada una de ellas constituye un fondo común, que se distribuye entre los distintos servicios conforme al criterio de cada una).

Para la mayoría de las CCAA, las “necesidades” globales de financiación así determinadas resultaban superiores a los ingresos previsiblemente generados con los impuestos cedidos en la proporción antes indicada. Para resolver esas diferencias entre “necesidades” e ingresos funcionaba como elemento complementario un Fondo de Suficiencia financiado por la Administración General del Estado (AGE) con sus propios fondos, y con los de aquellas CCAA en los que sus ingresos mediante los impuestos cedidos fueran superiores a sus necesidades de financiación.

Las desigualdades entre CCAA en cuanto a las diferencias entre “necesidades” e ingresos y, en consecuencia, en cuanto al porcentaje del gasto que debía ser cubierto por el Fondo de Suficiencia en cada caso, fueron muy notables desde el principio de la instauración del nuevo sistema de financiación: para 1999, que se tomó como año de referencia inicial para la aplicación del sistema, sólo dos CCAA, Baleares y Madrid,

²⁷⁵ La aplicación de los coeficientes citados a la masa global justificada por razones sanitarias se expone en la tabla 33, en el que se comparan las cifras resultantes de esa aplicación con la proporción de la financiación sanitaria total recibida con el sistema de financiación sanitaria específico anterior. Como se puede ver, para lograr una masa global de suma 100 en ambos casos, el número de CCAA (ocho) que percibirían en términos porcentuales más fondos en razón de la financiación sanitaria con el nuevo sistema era aproximadamente igual que el de CCAA (siete) que percibirían una proporción menor del total financiero justificado por razones sanitarias por aplicación del nuevo sistema.

Esta situación provocó la necesidad de establecer ciertas “vías de escape” para la determinación de la financiación sanitaria en el momento inicial del traspaso, o para garantizar un nivel mínimo de financiación por las CCAA que ya los habían recibido, a las que he aludido en el apartado 1.1) anterior.

superaban en la previsión de ingresos con los impuestos cedidos la previsión de “necesidades”, y lo hacían en porcentajes diferentes: Baleares en un 12,6% y Madrid sólo en el 3,4%. El resto de CCAA presentaba unos “déficits” a cubrir con el Fondo de Suficiencia de entre un 64,2% de sus “necesidades” (es el caso de Extremadura; en Castilla-La Mancha era del 52,4%; en Galicia del 50,9%; en Andalucía del 49,2%) y un 15,2% (el caso de Cataluña; la siguiente era la Comunidad Valenciana con el 28%), con un promedio del 33,2% (Utrilla de la Hoz, 2006). Esta situación ha evolucionado tanto en cifras absolutas como relativas desde el inicio de la aplicación del sistema, sobre todo en razón de los incrementos recaudatorios por los diferentes tributos que se han producido a lo largo de los últimos años de elevado crecimiento económico. Pese a ello se mantienen diferencias proporcionales muy importantes entre distintas CCAA. A su vez, la crisis económica tendrá efectos indudables sobre los ingresos tributarios en los territorios de todas las CCAA, en proporción equivalente a la afectación de la actividad económica en cada uno de ellos.

1.1.2) Mecanismos de “corresponsabilidad fiscal” cuando menos dudosos.

Pese a la adscripción de esos impuestos a la financiación de cada CA, la mayoría de ellos escapa a la capacidad real de intervención de las propias administraciones autonómicas, que carecen de capacidad normativa sobre la mayoría de ellos, así como de intervención en la propia recaudación. Esta situación pone en cuestión la existencia de mecanismos reales de “corresponsabilidad fiscal” (quien hace el gasto debe ser responsable del esfuerzo recaudatorio para recabar los fondos que se gastan, so pena de que se des controle el gasto efectuado si el esfuerzo recaudatorio lo realiza una autoridad diferente), que fue la razón principal por la que se justificó la implantación del nuevo sistema de financiación (Sevilla JV, 2001).

El sistema de “corresponsabilidad fiscal” debería suponer también que los incrementos de gasto por parte de las comunidades autónomas que estuvieran por encima de la financiación recibida acordada debieran ser atendidos con cargo a su propia responsabilidad, bien sea por la mejora de la actividad recaudatoria de los tributos recaudados en su propio territorio, o por el establecimiento de recargos tributarios propios sobre los impuestos cedidos total o parcialmente. Son dos campos en los que la capacidad de las CCAA, como se ha indicado en el párrafo anterior, y en todo caso su decisión efectiva de implantar los recargos citados, se ha demostrado casi inexistente en la práctica. Más bien al contrario, las administraciones autonómicas siguen tendiendo a la reducción de impuestos o el aumento de las desgravaciones

fiscales. A su vez, el margen de incremento de los ingresos por la mejora de la capacidad recaudatoria de los tributos propios, que suponen una parte menor de la financiación, en relación con el volumen de éstos, parece escaso.

En todo caso, la cuestión principal que se plantea desde el punto de vista de la equidad, la corresponsabilidad fiscal y el incremento del gasto sanitario que cada CA debe afrontar con sus ingresos, es la diferente capacidad recaudatoria de las comunidades autónomas por cada uno de los impuestos que forman parte del sistema de financiación: además de diferencias significativas entre los promedios del nivel de renta de cada territorio, existen diferencias muy significativas entre los porcentajes poblacionales de cada una de las comunidades autónomas y la participación de la recaudación en cada una de ellas por IRPF, IVA e impuestos especiales, todos los cuales forman parte en distintas proporciones del sistema autonómico de financiación. Las diferencias son especialmente significativas en el caso de los impuestos especiales, en los que, por citar un ejemplo, en 2003 la recaudación se concentró en una proporción superior al 90% entre Madrid (87,30%) y Cataluña (5,91%), lo que tiene que ver sobre todo con la domiciliación formal de las sedes empresas que los pagan y los recaudan.

1.1.3) Garantías de la financiación sanitaria.

En la definición del sistema por las leyes de 2001 citadas se estableció una garantía de porcentajes mínimos de ingresos autonómicos que debían utilizarse en gasto sanitario para un período, ya transcurrido, de tres años. A partir del final de ese período, en 2005, los ingresos, ya sin garantía sectorial alguna, pasarían a depender de la capacidad recaudatoria de los impuestos vinculados a la financiación autonómica general en cada territorio.

En la práctica, la totalidad de las CCAA viene dedicando de hecho a la atención sanitaria en su territorio una cantidad superior a la establecida en sus presupuestos iniciales de cada año (García Díez, 2009), correspondiente a su vez con las “necesidades” sanitarias calculadas de la manera antes indicada.

1.1.4) Fondos sanitarios específicos.

El sistema de financiación aprobado contemplaba la existencia de dos fondos sanitarios específicos: el denominado “de cohesión sanitaria” y el de “incapacidad temporal”. La cuantía de esos fondos era, sin embargo, escasa. Su dotación suponía alrededor de un 1/1.000 del presupuesto global del Sistema Nacional de Salud para asistencia sanitaria. Por otra parte, y aunque el primero de ellos ha sido objeto de diferentes regulaciones, no hay posibilidad de realizar distribuciones discrecionales de

dichos fondos por parte de la AGE. Cada uno se debe distribuir con arreglo a coeficientes preestablecidos, sin posibilidad de estimar el cumplimiento de ninguna otra condición de cuyo mantenimiento fuera responsable la propia AGE. Ambas razones los hacen carecer de validez como instrumentos reales de cohesión, y para acreditar la intervención de la AGE en la asistencia sanitaria en las funciones que le serían propias, como la garantía de la universalidad y equidad de la protección.

1.1.5) Asignaciones “de nivelación”.

El sistema de financiación aprobado en 2001 también incluía “asignaciones de nivelación” en la asistencia sanitaria (lo mismo que en Educación). Sin embargo, la aplicación de éstas no se contemplaba en relación con la existencia de diferencias en la distribución o dotación de los servicios sanitarios en territorios autonómicos distintos. Por el contrario, con arreglo a lo previsto en el artículo 67 de la Ley 21/2001 (que desarrolla lo previsto en el artículo tercero de la Ley Orgánica 7/2001), la puesta en marcha de un proceso de “nivelación” en el campo sanitario se planteaba únicamente como consecuencia de desviaciones muy importantes (superiores al 3%) del crecimiento de la población de una CA con respecto a la media nacional de este mismo parámetro. En la norma citada se preveía que de superarse esa desviación se pondría en marcha lo que se define como un proceso de debate entre la AGE y la CA que se pudiera ver afectada por situaciones de crecimiento poblacional como el descrito. No obstante, no se establecían criterios precisos de dotación ni de constitución de tales fondos, ni se concretaban tampoco los criterios con los que cabría distribuirlos en su caso. En la práctica, esta situación ha llevado a que hasta ahora esas asignaciones potenciales nunca se hayan aplicado.

1.2) El significado político del nuevo sistema de financiación autonómica, incluyendo la sanitaria, y el apoyo a su aprobación.

1.2.1) Las consecuencias del nuevo sistema de financiación sobre la igualdad en servicios sanitarios entre CCAA.

En la introducción de este apartado he subrayado en repetidas ocasiones cómo la propia dinámica de diseño e implantación del nuevo sistema de financiación autonómica aprobado en 2001 supone una acabada expresión del predominio de los objetivos financieros, en concreto la generalización de un sistema de financiación autonómica homogéneo que cediera más recursos a las CCAA para su gestión, sobre los sanitarios,

expresados en términos de constitución de un modelo eficiente, y con ello sostenible, de sistema sanitario descentralizado.

Las características del nuevo sistema de financiación aprobado van, sin embargo, más allá, para constituir por su parte una manifestación añadida de que el logro de un sistema sanitario “coherente, armónico y solidario” no formaba parte en aquel momento, ni siquiera con un grado de prioridad secundario, de los objetivos de quienes, desde el gobierno o la oposición, apoyaron la aprobación el nuevo sistema de financiación.

A esta conclusión se puede llegar si se observan algunas de esas características del nuevo sistema descritas, y la combinación de varias de ellas. Con arreglo a esa descripción, el cálculo de lo que cada CA debía percibir en función de sus “necesidades” sanitarias respondía a una elaboración teórica basada en la aplicación de ciertos coeficientes, cuya cuantía y aplicación carecía de la debida justificación. Mas bien al contrario, como ha ocurrido con todos los sistemas de financiación aprobados, con esos coeficientes se pretendió dar base matemática a resultados previstos de antemano, acordes con las preferencias distributivas del Gobierno que propuso y logró la aprobación del sistema de financiación²⁷⁶.

El siguiente peldaño fue confirmar, en este caso, a diferencias de los modelos anteriores, de manera explícita, la capacidad de los gobiernos autonómicos para distribuir con sus propios criterios de distribución sectorial el conjunto de los fondos recibidos, con independencia de cuál fuera la justificación original de su percepción, basada en el sistema de coeficientes citado.

Más allá de esas razones justificativas, el siguiente paso, de sentido negativo, fue eludir el establecimiento de cualquier sistema de información sobre la forma de hacer efectivo el gasto en el terreno sanitario (igual que en otros) en paralelo al

²⁷⁶ En este sentido resulta de interés constatar que el único sistema de financiación sanitaria que a partir de la pérdida de la mayoría absoluta en el Congreso por el PSOE en su primer ciclo de gobierno no privilegió en la distribución de los fondos de ese origen a Cataluña fue éste, precisamente el coincidente con el único Gobierno del Partido Popular en el que este partido disfrutó de una mayoría absoluta que no hacía necesario el apoyo en el Congreso del grupo de CiU. La situación se ha repetido en relación con Cataluña, aunque con grupos parlamentarios diferentes, en el sistema de financiación que en Julio de 2009 ha venido a sustituir al aprobado en 2001. También en este caso se ha buscado el apoyo de la distribución en un sistema de coeficientes *ad hoc* a los que el actual Gobierno ha pretendido dar una objetividad de la que obviamente carecen. La modificación de esos coeficientes supuestamente “objetivos” para alcanzar unos mismos fines de distribución equitativa en cada nuevo modelo aprobado refleja de manera adecuada que el fin principal establecido con cada nuevo sistema es alcanzar una distribución prevista de antemano que facilite la aprobación del modelo, y no, a la inversa, alcanzar la equidad en la distribución con criterios cada vez diferentes, sin que se justifique de manera razonada su variación.

establecimiento del sistema de financiación que otorgaba los márgenes de discrecionalidad en el uso de la financiación sanitaria señalados a las CCAA. Lo que, a la inversa, suponía establecer de manera implícita el criterio de que para alcanzar supuestos niveles de igualdad en los servicios sanitarios recibidos por los ciudadanos de todas las CCAA bastaba con igualar dentro de ciertos límites lo que percibe cada CA con esa justificación, con independencia de la distribución y el uso de los fondos recibidos que haga después cada una en su gestión.

Esa consideración restringida de lo que significaba la igualdad sanitaria a la que se aspiraba ya con el sistema de financiación aprobado en 2001 (que es idéntica a la que de manera expresa y reiterada se ha referido la vicepresidenta segunda del Gobierno socialista que ha promovido en 2009 el recambio del sistema de financiación), corresponde a una interpretación sesgada hacia lo autonómico de lo que supone la ciudadanía social en un estado descentralizado²⁷⁷, y resulta contradictoria con las situaciones de deterioro no atribuibles a las diferencias en financiación que se han podido observar después en algunos servicios autonómicos de salud²⁷⁸.

Por otra parte, esa concepción de la igualdad en servicios sanitarios resulta también contradictoria con la exigencia de eficiencia en su gestión que parece necesaria para garantizar su sostenibilidad sin tener que recurrir a vías adicionales de financiación, que supondrían previsiblemente el recurso a fuentes privadas: Los déficits

²⁷⁷ Sobre esta cuestión resulta muy expresiva la diferencia que algunos autores canadienses, en un país de estructura sanitaria descentralizada comparable en muchos aspectos a la española, establecen entre una visión “de ciudadanía social” y la propia de las provincias canadienses, equivalentes a nuestras CCAA. Para la primera, *“la ciudadanía social, reducida a sus esencias, supone que una criatura enferma en una punta del país tiene derecho a la asistencia sanitaria en los mismos términos y condiciones que otra enferma en el extremo contrario”* (Banting, 2004, p.36). De manera alternativa, la visión “provincial” del sentido de comunidad que significa la ciudadanía (federal) canadiense supone que todas las provincias tengan asegurada la capacidad (financiera) de proveer niveles semejantes de servicios, dejando en todo caso espacio para la diferenciación. (Banting, 2005, p. 39). Ambas posiciones, así como sus consecuencias en términos de la extensión de la protección y la “*accountability*” sobre las responsabilidades de los gobiernos de diferente nivel, regional y central, están ampliamente desarrollados en Simmons (2009).

De posiciones similares, en especial de la segunda postura, se pueden encontrar numerosos ejemplos en el caso español, y los apoyos a la aprobación del nuevo sistema de financiación en 2001, lo mismo que la del nuevo aprobado en 2009, suponen una expresión manifiesta del predominio de esa segunda interpretación.

²⁷⁸ Puede verse a este respecto, por ejemplo, el informe del Defensor del Pueblo correspondiente al año 2008, en cuyos apartados sanitarios se refiere entre otras cuestiones a universalización y gratuidad del derecho a la asistencia sanitaria (apartado 8.1); información y documentación clínica (8.1.1); ordenación de prestaciones (8.1.2); listas de espera (8.1.3); actuaciones en el ámbito de la atención primaria (8.1.4); actuaciones en el ámbito de la atención especializada (8.1.5); seguridad de los pacientes (8.1.6); salud mental (8.1.7); prestación farmacéutica y control de medicamentos (8.1.8).

Puede verse también el Informe de 26 de mayo de 2009 de la Inspección Provincial de Trabajo y Seguridad Social de Madrid sobre actuaciones inspectoras en los nuevos Hospitales creados en esta Comunidad Autónoma, vivamente contestado, en un intento de desacreditarlo y poner en cuestión las deficiencias detectadas, por la citada Administración.

en la gestión financiera de las CCAA han sido un problema crónico de muchos servicios de salud autonómicos, que se ha puesto de manifiesto entre otras vías, a falta de la información económica y presupuestaria adecuada, por los retrasos en los pagos y las deudas con los proveedores, que en épocas previas dieron lugar a las “operaciones de saneamiento” a las que he aludido en el apartado II.6.d.1) anterior. Ante esa situación, modificar el sistema para hacerlo aún menos transparente en la faceta del gasto sanitario, al vincular el nivel de financiación a coeficientes y variables de carácter teórico, no vinculado en ningún caso a la gestión del gasto realizado, parece un estímulo de comportamientos muy poco “corresponsables” con la gestión eficiente del sistema sanitario en su conjunto. Una gestión que, por las características de la organización de los servicios en una situación de descentralización como la española, debería haber incluido el estímulo de economías de escala y otros medios semejantes en materia de personal, políticas de acceso a los centros, y otras.

El papel de la AGE en la financiación sanitaria con el nuevo sistema quedó reducido al suministro de los fondos derivados de la aplicación de los coeficientes acordados, y a complementar mediante el Fondo de Suficiencia, con las limitaciones previstas en el propio sistema, las diferencias fiscales entre CCAA existentes, sin posibilidad alguna de actuar para garantizar o al menos valorar el uso eficiente de los fondos recibidos, por otra parte distribuidos de manera discrecional y sin ninguna adscripción finalista. Como he comentado en otros trabajos (Rey Biel, 2006), todo ello supuso también desechar el uso del “poder de gasto” (*spending power*) como instrumento al servicio del funcionamiento coordinado de los servicios sanitarios, sin cuya utilización cabe poner en cuestión, a la vista de la propia experiencia de nuestro sistema sanitario, si es posible una coordinación eficaz

A la demanda formulada desde algunas posiciones de condicionar de alguna manera en el nuevo sistema de financiación la percepción de ciertos fondos siquiera al suministro de información económica sobre la gestión de los mismos realizada por las CCAA en el terreno sanitario (una gestión sometida por otra parte a las diferencias en los criterios interpretativos sobre el ejercicio de la competencia en la asistencia sanitaria que ya he mencionado) se hicieron oídos sordos por quienes apoyaron el nuevo sistema. Esta misma posición se ha mantenido en la modificación de ese nuevo sistema que ha tenido lugar en 2009.

Lo que se podría deducir de todo ello es que, con la aprobación del sistema de financiación que se está valorando la prioridad, fue ante todo dejar libre a la AGE de

cualquier responsabilidad en la prestación universal e igual de los servicios gestionados por las CCAA, en concreto de los sanitarios, introduciendo para esa cesión el estímulo económico que suponía aumentar el nivel de financiación de todas las CCAA, aunque ese aumento se hiciera de manera desigual. Una situación que, a la vista del funcionamiento de los servicios sanitarios en otros países de naturaleza federal o autonómica, supone admitir una cobertura desigual de los mismos vinculado a su distribución territorial, y a la vez dejar sin efectos el papel equilibrador, tanto sanitario como financiero, que desempeña el gobierno central en todos los países con sistemas federales o descentralizados .

La visión de los servicios sanitarios predominante en todos los gobiernos de la democracia, en congruencia con ello, parece haber sido la de considerarlos principalmente como una fuente de gasto creciente y difícil de controlar, que ha ejercido una presión negativa permanente sobre los equilibrios presupuestarios buscados con prioridad en las políticas económicas aplicadas. La mejor manera de librarse de esa presión parece haber sido ceder por completo a las CCAA su responsabilidad, una decisión que se adoptó combinando la aprobación del nuevo sistema de financiación en 2001 con el cierre de los traspasos del INSALUD.

1.1.2) El apoyo al sistema de financiación de 2001.

El primer elemento a destacar en este aspecto es la coincidencia que se dio en la aprobación de la financiación entre los dos partidos nacionales mayoritarios, y también con algunos partidos que ejercen o han ejercido el gobierno en el ámbito autonómico.

Aunque la aplicación del Sistema exigió la promulgación de diferentes leyes en diciembre de 2001 modificando el sistema de financiación autonómica general (que no afecta a las comunidades autónomas forales), como he explicado en el apartado b.1) anterior, en julio del mismo año se había producido el acuerdo previo sobre el contenido de dichas normas en el Consejo de Política Fiscal y Financiera, el órgano que reúne a los responsables de todas las haciendas autonómicas con los de la AGE.

En cuanto a los acuerdos entre partidos, hay que destacar que la iniciativa para modificar el modelo existente surgió del Partido Socialista, en aquel momento en la oposición (Rey del Castillo, 2002a). El motor para esa iniciativa parece que estuvo más en relación con la búsqueda de una solución a los problemas de financiación con el sistema anterior que afectaban a las tres CCAA gobernadas por el PSOE que se han citado antes que con un acuerdo específico con las líneas generales del nuevo sistema establecido. Si es o no así, esa prioridad llevó en todo caso al PSOE a suscribir las

líneas generales y específicas del nuevo sistema, cuyo significado y consecuencias políticas generales y en el ámbito sanitario en concreto he comentado en el apartado anterior.

El acuerdo sobre el nuevo modelo se mantuvo hasta la última fase de la tramitación parlamentaria de las leyes correspondientes, y se extendió incluso hasta la votación favorable por el Partido Socialista de 60 de los 66 artículos de la Ley 21/2001, de modificación del sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común, en la primera vuelta del examen de esa norma por el Congreso.

Las diferencias surgieron a raíz de la introducción por el Partido Popular, entonces en el Gobierno, de la disposición final segunda de la Ley 21/2001, cuya constitucionalidad fue puesta formalmente en cuestión por el Partido Socialista, sin que hasta el momento haya un pronunciamiento jurisdiccional al efecto. Tal situación permite poner en duda los resultados que se podrían derivar, en su caso, de su anulación.

Otra cuestión que provocó la discrepancia en el desarrollo del sistema de financiación de 2001 fue la creación de un impuesto minorista sobre los hidrocarburos, a implantar en su caso de manera discrecional por las comunidades autónomas con el fin de recaudar fondos adicionales teóricamente dirigidos a la asistencia sanitaria, lo que se conoce como el “céntimo sanitario”. Cuatro comunidades autónomas (Asturias, Cataluña, Galicia y Madrid), con gobiernos de ambos partidos, aplicaron este impuesto en cuantías semejantes, aunque no idénticas. Otras (Valencia y Castilla-La Mancha) aprobaron en el mes de noviembre de 2005 su aplicación a partir de enero de 2006; y otras cuatro (Andalucía, Aragón, Baleares y Castilla y León) consideraron también la posibilidad de introducirlo.

Los desacuerdos finales mencionados, que en todo caso tuvieron una repercusión real reducida sobre la situación financiera con la que se ha llegado al nuevo sistema de financiación de 2009, no excluyen en todo caso el acuerdo fundamental entre los dos partidos con las líneas generales del sistema general de financiación que se aprobó en 2001, en especial en lo referido a sus aspectos esenciales.

b.2) La Oferta Pública de Empleo (OPE) de 2001.

2.1.) Las razones de este procedimiento extraordinario y sus características.

En el apartado introductorio de este período he hecho ya referencia a las bases razonables que justificaron la adopción de esta medida extraordinaria, consistentes

principalmente en la acumulación del desempeño de plazas en condiciones anómalas en el SNS (prolongación del desempeño temporal de plazas mucho más allá de los plazos limitados previstos; multiplicación de contratos no ajustados a las reglas de contratación en el sector público y específicamente en el sanitario, y sin adecuación a las plantillas establecidas; sustitución frecuente en el desempeño de puestos como consecuencia de contratos temporales de corta duración; a la vez, dificultad para cambiar de puesto por parte del personal con plaza “en propiedad” por la ausencia de convocatorias regulares para la provisión de nuevas plazas).

El abordaje de toda esas situaciones, muchas veces contradictorias en cuanto a los intereses de los distintos grupos de personal que se encontraba en cada una de ellas, determinaba la necesidad de instrumentos extraordinarios para resolver de manera lo más congruente posible el conjunto de todas. Puesto que esa tarea parecía imposible, los gobiernos anteriores, tanto del PSOE como del PP, habían renunciado a abordarla de manera frontal; lo que a su vez provocaba que, como una bola de nieve, el problema fuese aumentando por la vía de la multiplicación de las situaciones con el paso del tiempo.

El propio preámbulo de la norma, la Ley 16/2001, de 21 de noviembre, “*por la que se establece un proceso extraordinario de consolidación y provisión de plazas de personal estatutario en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social de los Servicios de Salud del Sistema Nacional de Salud*” alude como muestra de ello a la iniciativa que había adoptado el PP en la legislatura anterior. Ésta había consistió en una modificación del sistema de provisión de plazas en las mismas instituciones, lo que se llevó a cabo mediante la Ley 30/1999, de 5 de Octubre, *de Selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud*. Con respecto a esta norma, el mismo preámbulo de la Ley 16/2001 señala que “*es de notar que la solución del problema de la temporalidad del personal, aplicando los procedimientos selectivos y de provisión establecidos en la precitada Ley 30/1999, requeriría una larga dilación, lo cual se muestra poco compatible con las expectativas que tiene el personal afectado. En este sentido hay que mencionar el interés en resolver este problema manifestado por las organizaciones sindicales presentes en los órganos de representación de los Servicios de Salud, del cual es una muestra el pacto de fecha 23 de noviembre de 1999, suscrito por el INSALUD con todas las organizaciones sindicales representadas en la Mesa Sectorial del Instituto, por el que se asumió el compromiso de reducir la temporalidad de su personal a un porcentaje que no superar el 3% de su plantilla*”.

La redacción de esta líneas resulta esclarecedora de las razones que llevaron a poner en marcha la OPE, que se podría pensar a la vista de las afirmaciones anteriores que no era otra que la de tratar de aportar por esta vía algunas líneas de solución para un conflicto larvado relacionado con la situación del personal. Y hacerlo precisamente en un momento en el que, como se indica un poco más adelante en el mismo preámbulo, el problema más inmediato era el traspaso del INSALUD a las diez CCAA que estaban pendientes de recibirlo, lo que tuvo lugar sólo un mes después. En relación con ello se generaba la expectativa de que con la OPE se facilitaría la posibilidad de resolver el problema *“evitando que sea trasladado a cada una de las Comunidades Autónomas receptoras de las competencias sanitarias, haciendo así más compleja una resolución coherente y coordinada para el conjunto del Sistema nacional de Salud”* y a la vez *“estimula(ndo) el deseo y las expectativas del personal temporal del Instituto Nacional de la Salud de adquirir la vinculación estatutaria fija antes de que se produzca dicho traspaso”*.

A la vista de esas expresiones cabe dudar de que las circunstancias tan vivamente descritas en el propio preámbulo de la norma que abría el campo al desarrollo de la OPE hubieran permitido el traspaso de las competencias del INSALUD si no se hubiese garantizado por esta vía el apoyo adicional a cada una de las CCAA que especificaba la propia norma, que suponía una sobrecarga añadida a las cargas administrativas y gestoras de todo tipo que suponía el traspaso en sí mismo. Eso lleva también a pensar que la razón principal de la OPE no fuera principalmente el deseo de dar una solución a los problemas citados del personal, sino ante todo el garantizar el traspaso, complemento a su vez imprescindible para el establecimiento del nuevo sistema de financiación, como ya he indicado.

Todo ello no obsta, a mi juicio, para considerar el valor de la iniciativa, aunque sí a situarla en su justo contexto. Para definir éste hay que estimar también que las expectativas de pronta solución del problema y de la propia convocatoria no se cumplieron: el desarrollo de la OPE en todas sus categorías se prolongó hasta más de cinco años después, tras un nuevo cambio de gobierno, que dio éste de nuevo al PSOE. Lo que no resulta tampoco extraño a la vista del número de situaciones de personal de diferentes categorías profesionales a abordar, una cuestión a la que se alude más abajo.

Por otra parte, la medida adoptada no constituyó tampoco un cambio de orientación de la política de personal dirigida, en su papel coordinador, desde el Ministerio de Sanidad: a pesar de las perspectivas de disminución de la temporalidad a

las que se aludía en el preámbulo, citadas antes, las Administraciones responsables de hacer efectivo ese compromiso tras el traspaso efectuado poco más de un mes después pasaron a serlo cada una de las CCAA, que siguieron en cada caso sus propios criterios generales, aunque colaborasen en la resolución de la OPE. Finalmente, también poco tiempo después, tras el cambio de gobierno que tuvo lugar en el año siguiente, pese a ser aquél del mismo partido que el que había promovido la OPE, las prioridades de actuación en materia de personal cambiaron de nuevo, y volvieron a ser las de elaborar normas de escasa repercusión en la práctica o que incluso contribuyeron a complicar la situación más aún.

Todo ello contribuyó a que la OPE, cuya descripción de su volumen y de las líneas más generales de su desarrollo se llevan a cabo a continuación, permitiese resolver la situación de un número muy importante de profesionales de distintas categorías, más de 35.000 en total, en su relación con el SNS. Pero su valor se redujo a esos casos, y a la repercusión que sobre la atención sanitaria prestada tuviera la solución de un número tan amplio de situaciones. Por el contrario, una política de personal homogénea para todo el personal del Sistema, en paralelo con la ausencia de una definición organizativa adecuada de éste y con gran influencia de esa falta de definición sobre aquélla, siguió ausente, con la repercusión consiguiente, constituyendo esa ausencia una de las carencias más importantes del propio SNS.

2.1.1) Las características formales del proceso y su desarrollo.

Como ya he indicado, la puesta en marcha de este proceso extraordinario tuvo lugar mediante una norma, la Ley 26/2001, de 21 de noviembre, cuya aprobación contó con un amplio apoyo parlamentario: en él sólo faltó el del PNV, que, situado desde su propia visión y el ejercicio continuado del gobierno en el País Vasco al margen del sistema sanitario general, se abstuvo en la votación.

Por otra parte, aunque la operación estaba legalmente prevista en la norma de manera cierta tan sólo para el ámbito de los servicios que en noviembre de 2001 se seguían gestionando por el INSALUD, con posterioridad se sumaron a la realización de operaciones de consolidación del empleo similares, mediante convocatorias propias de cada una de ellas, las CCAA de Andalucía, Canarias, Galicia y Valencia. Todas ellas llevaron a cabo la coordinación de sus actuaciones con las del antiguo INSALUD, que fue inmediatamente traspasado a las diez CCAA que estaban pendientes de ello, mediante la aplicación de las previsiones establecidas en el artículo 5 de la propia Ley 16/2001, que establecía para ello dos mecanismos distintos:

-de un lado, el desarrollo simultáneo de las pruebas en cada una de las especialidades correspondientes, con efectos intercambiables entre unas y otras CCAA, como forma de evitar los desplazamientos y las contradicciones que se pudieran observar para el personal que, como consecuencia de las situaciones previas que le dieran derecho a ello, pudiese participar en la operación en varias CCAA a la vez.

-de otro, la creación de una Comisión de Coordinación específica para este proceso en el seno del Consejo Interterritorial del SNS, de la que, cuando se creó (mediante Orden comunicada SCO/982/2002, de 30 de Abril) entraron a formar parte tanto las CCAA dependientes hasta fecha reciente del INSALUD, como las citadas antes, que llevaron a cabo sus propias convocatorias.

De la operación, en consecuencia, sólo se quedaron al margen, además del País Vasco, Navarra, cuyos desarrollos en materia de personal habían seguido un camino distinto al estatutario, y que, como el País Vasco, disponía de un régimen de financiación diferente al común, y Cataluña, que siendo la primera CA en recibir el traspaso del INSALUD, lo que tuvo lugar en 1981, vino desde entonces realizando una gestión de personal diferenciada en muchos aspectos (entre ellos, la extensión de la reforma de la atención primaria y la aplicación del régimen de incompatibilidades a su personal).

Desde el punto de vista formal, la norma que abrió el desarrollo del proceso previó que éste tuviera lugar en dos fases, una primera de selección, a la que se refiere el capítulo II de la Ley (artículos 3 a 6), que se desarrollaría *“a través de concurso-oposición...con carácter excepcional y por una sola vez”*, y una segunda, de provisión entre los que hubieran superado la primera que se reguló por lo establecido en el capítulo III (artículos 7 al 10). La superación de la primera fase supondría *“la adquisición de la situación de personal estatutario en expectativa de destino”*, que no otorgaba derechos económicos ni derecho al desempeño de una plaza que no se estuviera desempeñando hasta que no se obtuviera plaza definitiva en la siguiente fase; mientras que en esta segunda se especificaba que *“los destinos obtenidos como consecuencia de la participación en la fase de provisión serán irrenunciables”*.

Por otra parte, la norma preveía en la novena de sus quince disposiciones adicionales que *“el plazo límite para la realización de los procesos que se deriven de la presente Ley, (será) el de dieciocho meses a partir de la publicación de la correspondiente convocatoria en el BOE”*. Esa previsión se superó con creces una vez

se puso en marcha la operación, como consecuencia de lo cual los plazos se fueron ampliando de manera sucesiva en diferentes normas.

La primera ampliación del plazo tuvo lugar mediante la Ley 53/2002, de medidas fiscales, administrativas y del orden social de aquel año, que abrió la perspectiva de solución hasta diciembre de 2003, lo que suponía en la práctica tan sólo una ampliación de seis meses en el plazo inicial. Sin embargo, a 31 de diciembre de ese año sólo había concluído la tramitación de la fase de selección en una de las 89 (según el texto publicado en el BOE) convocatorias tramitadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo, por lo que el plazo se amplió nuevamente, prolongándolo hasta 31 diciembre de 2004 mediante la nueva ley de medidas fiscales, la 62/2003. Antes de acabarse ese plazo un Real Decreto Ley, el 9/2004, de 3 de diciembre de ese año, convalidado después por Resolución del Congreso de 22 de diciembre del mismo año, estableció un nuevo plazo en “*12 meses contados desde el día siguiente al de la entrada en vigor de este decreto ley*”. Este plazo, conforme a los datos a los que se hace referencia a continuación, sólo se superó ya en algunos casos, que, de cualquier forma, exigieron una última ampliación de 12 meses más. El último plazo formal, mediante orden comunicada SCO/4034/2005, de 12 de diciembre de este último año, publicada en el BOE de 23 de diciembre del mismo, quedó fijado en el último día de 2006.

La dinámica creada para poner en marcha el proceso supuso una convocatoria específica para cada categoría y especialidad, convocatorias que se empezaron a hacer efectivas para la fase de selección a primeros de diciembre de 2001, aunque las primeras pruebas, las correspondientes a 46 especialidades médicas en la categoría de facultativos especialistas de área, así como a Pediatría-puericultura de Atención Primaria, no se celebraron hasta el 27 de Octubre de 2002; y las últimas de la primera fase, las de técnicos Titulados Superiores de distintas titulaciones y otras especialidades administrativas y de gestión, hasta el 11 de mayo de 2003. Al desarrollo general, al número de aspirantes, de plazas convocadas en cada caso y de plazas adjudicadas se hace alusión en el apartado siguiente.

2.1.2) Los números de la OPE y su repercusión sobre la dinámica del Sistema.

La referencia a las estadísticas de la OPE es el dato que permite comprender mejor la importancia de esta operación para el SNS en su conjunto.

Conforme a las primeras estadísticas hechas públicas en febrero de 2003 por la Dirección General de Recursos Humanos del Ministerio en aquella fecha, “*para el ámbito gestionado por el Ministerio de Sanidad y Consumo el número de convocatorias*

diferentes publicadas ha sido de 87 categorías o especialidades de personal, con un total de 37.078 plazas afectadas, y en torno a 286.000 solicitudes presentadas”, a las que se refiere la tabla siguiente. Es curioso que en éste, como en los siguientes, las cifras ofrecen algunas discordancias con las sumas que se derivan de los cuadros citados, presentados en el mismo documento en el que se incluye el resumen anterior, e incluso con el número de especialidades y categorías diferentes citadas en el BOE a las que se ha hecho ya referencia antes. Las discordancias tienen, sin embargo, un carácter menor en comparación con el volumen total de especialidades, plazas y personas afectadas por la operación por plazos tan prolongados como los que se han citado.

En Junio de 2007 se resumía el proceso, una vez finalizada la fase de provisión con el nombramiento de personal estatutario fijo, indicando que se habían adjudicado 6.266 plazas de las 45 (¿) especialidades convocadas de Facultativos Especialistas de Área; 5.092 de la 13 categorías convocadas de personal pertenecientes al grupo A no incluidos en el grupo anterior de Facultativos Especialistas; y 20.769 de las 29 categorías convocadas de personal perteneciente a los grupos B a E de clasificación, de sanitarios y no sanitarios.

La primera repercusión de ese volumen recayó sobre quienes gestionaron la operación (lo que tuvo un reconocimiento explícito algún tiempo después, cuando una Resolución de 13 de abril de 2004 de la Subsecretaría de Sanidad y Consumo, poco antes del cese del Gobierno del PP, concedió la Cruz de la Orden Civil de sanidad a la “Unidad de apoyo de la consolidación de empleo, Ley 26/2001”), cuyo trabajo ímprobo no pudo evitar un número significativo de recursos, pero reducido en proporción al volumen de la operación, y lógico por otra parte en una situación en la que confluía también una masa tan amplia de intereses distintos.

En todo caso, la repercusión más importante fue la que el desarrollo de la operación, por otra parte necesaria e inevitable para acabar con situaciones de inestabilidad manifiesta, tuvo para el conjunto del Sistema. Que hasta 286.000 personas de diferentes categorías, una proporción muy elevada del personal del conjunto del Sistema, llegaran a participar en la misma, y que ésta no se cerrase hasta cinco años después, como se refleja en las tablas siguientes, permite suponer la inestabilidad añadida que esa situación creó para el funcionamiento de muchos servicios de salud, dependiente en buena parte de la actitud del propio personal en el desarrollo de los servicios, y de la relación de dicho personal con quienes acuden al Sistema. Una actitud que cabe suponer comprometida por las situaciones de inestabilidad laboral y

profesional generalizadas del personal que cumple esa función. Más aún en un momento en el que se empezaron a hacer aparentes las carencias y deficiencias existentes en el Sistema en cuanto a la dotación de personal de diferentes categorías.

Tabla 34. Plazas de diferentes categorías y especialidades convocadas en la OPE.

ESPECIALIDAD/CATEGORÍA	Nº DE PLAZAS CONVOCADAS	ESPECIALIDAD/CATEGORÍA	Nº DE PLAZAS CONVOCADAS
FEA ALERGOLOGÍA	70	FEA PEDIATRÍA	235
FEA ANÁLISIS CLÍNICOS	178	FEA PSIQUIATRÍA	180
FEA ANATOMÍA PATOLÓGICA	132	FEA RADIODIAGNÓSTICO	406
FEA ANESTESIA Y REANIMACIÓN	586	FEA REHABILITACIÓN	104
FEA ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	60	FEA REUMATOLOGÍA	86
FEA APARATO DIGESTIVO	162	FEA TRAUMATOLOGÍA	352
FEA BIOQUÍMICA CLÍNICA	36	FEA UROLOGÍA	190
FEA CARDIOLOGÍA	235	FEA MEDICINA DEL TRABAJO	58
FEA CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	38	FEA RADIOFÍSICA HOSPITALARIA	44
FEA CIRUGÍA GRAL. Y APARATO DIGESTIVO	302	FEA URGENCIA HOSPITALARIA	604
FEA CIRG. MAXILOFACIAL	46	FEA ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN	195
FEA CIRG. PEDIÁTRICA	28	TOTAL	7.139
FEA CIRG. PLÁSTICA	43		
FEA CIRG. TORÁCICA	25	ATENCIÓN PRIMARIA	
FEA DERMATOLOGÍA	115	ODONTÓLOGOS/ESTOMATÓLOGOS	306
FEA ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	133	FARMACÉUTICOS	87
FEA FARMACIA HOSPITALARIA	148	MEDICOS FAMILIA EN E.A.P.	1.982
FEA FARMACOLOGÍA CLÍNICA	10	MEDICOS DE URGENCIA EN E.A.P.	1.037
FEA GERIATRÍA	55	PEDIATRÍA/PUERICULTURA DE AREA EN E.A.P.	619
FEA HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	132	PSICÓLOGOS DE AT. PRIMARIA	137
FEA INMUNOLOGÍA	28	TÉCNICOS DE SALUD	55
FEA MEDICINA INTENSIVA	158		
FEA MEDICINA INTERNA	310	NO SANITARIO	
FEA MEDICINA NUCLEAR	25	BIBLIOTECARIOS	18
FEA MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA	48	INGENIEROS SUPERIORES	17
FEA MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	99	INGENIEROS TÉCNICOS	82
FEA NEFROLOGÍA	89	ALBAÑILES	63
FEA NEUMOLOGÍA	159	CALEFACTORES	150
FEA NEUROCIRUGÍA	53	CONDUCTORES	192
FEA NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	24	ELECTRICISTAS	166
FEA NEUROLOGÍA	156	FONANEROS	85
FEA OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	388	MECÁNICOS	151
FEA OFTALMOLOGÍA	298	PEONES	99
FEA ONCOLOGÍA MÉDICA	93	GOBERNANTAS	118
FEA ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	43	COSTURERAS	85
FEA OTORRINOLARINGOLOGÍA	180	TELEFONISTAS	149
		PINCHES	1.059
		PLANCHADORAS	244

ESPECIALIDAD/CATEGORÍA	Nº DE PLAZAS CONVOCADAS
CELADORES	2.998
TÉCNICOS DE FUNCIÓN ADMINISTRATIVA	145
GESTIÓN DE FUNCIÓN ADMINISTRATIVA	157
ADMINISTRATIVOS	547
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	4.101
TRABAJADORES SOCIALES	396
TOTAL	11.022
SANITARIO NO FACULTATIVO	
TÉCNICOS TIT. SUPERIORES VETERINARIA	141
TÉCNICOS TIT. SUPERIORES BIOLÓGICAS	380
TÉCNICOS TIT. SUPERIORES DE PSICOLOGÍA	693
TÉCNICOS ANATOMÍA PATOLÓGICA	170
TÉCNICOS ESPECIALISTAS LABORATORIO	732
TÉCNICOS ESPECIALISTAS MEDICINA NUCLEAR	39
TÉCNICOS ESPECIALISTAS RADIODIAGNÓSTICO	616
TÉCNICOS ESPECIALISTAS RADIOTERAPIA	77
ATS/DUE	6.631
ENFERMERAS DE URGENCIAS EN E.A.P.	703
FISIOTERAPEUTAS	458
AUXILIARES ENFERMERÍA	4.657
MATRONAS	375
HIGIENISTAS DENTALES	159
TOTAL	15.831

Tabla 35. Desarrollo del proceso inicial de consolidación de plazas de la OPE para todas las especialidades y categorías.

Ministerio de Sanidad y Consumo.			PROCESO de CONSOLIDACIÓN. FASE de SELECCIÓN -Calificaciones.						Proceso de Consolidación. Ley 16/2001, de 21-XI			
Especialidad/categoría	Plazas	Admi- tidos	Presen- tados	Porcentaje aprobados	Apro- bados	Porcentaje aprobados	Calificaciones oposición	Calificaciones provisionales concurso	Calificaciones definitivas concurso	Calificaciones finales fase selección	Expectativa de destino BOE	Fase provisión BOE
Alergología	70	191	135	70,68	134	99,26	16 enero 2003	22 julio 2003	3 diciembre 03	16 diciembre 03	24 marzo 04	24 junio 04
Análisis clínicos	178	422	278	65,88	274	98,56	16 enero 2003	6 agosto 2003	30 enero 04	3 febrero 04	27 mayo 04	24 junio 04
Anatomía patológica	132	265	179	67,55	177	98,88	16 enero 2003	6 agosto 2003	4 noviembre 03	14 noviembre 03	20 enero 04	24 junio 04
Anestesia y reanimación	586	845	734	86,86	732	99,73	16 enero 2003	6 agosto 2003	29 diciembre 03	18 febrero 04	25 junio 04	1 julio 04
Angiología-cirugía vascular	60	94	76	80,85	76	100,00	16 enero 2003	22 julio 2003	9 diciembre 03	23 diciembre 03	18 marzo 04	27 mayo 04
Aparato digestivo.	172	362	291	80,39	291	100,00	16 enero 2003	18 julio 2003	29 diciembre 03	30 diciembre 03	1 julio 04	1 julio 04
Bioquímica clínica.	36	143	74	51,75	74	100,00	16 enero 2003	18 julio 2003	11 noviembre 03	18 noviembre 03	9 enero 04	24 junio 04
Cardiología.	235	364	317	87,09	316	99,68	16 enero 2003	6 agosto 2003	17 diciembre 03	23 diciembre 03	28 junio 04	30 junio 04
Cirugía cardiovascular.	38	55	48	87,27	48	100,00	16 enero 2003	22 julio 2003	17 diciembre 03	23 diciembre 03	28 junio 04	30 junio 04
Cirugía gral y ap. digestivo.	302	679	524	77,17	524	100,00	16 enero 2003	22 julio 2003	3 diciembre 2003	16 diciembre 03	28 junio 04	30 junio 04
Cirugía maxilofacial	46	89	71	79,78	71	100,00	16 enero 2003	18 julio 2003	27 octubre 03	30 octubre 03	7 enero 04	27 mayo 04
Cirugía pediátrica.	28	59	41	69,49	41	100,00	16 enero 2003	10 junio 2003	16 octubre 03	27 octubre 03	30 dic 03	27 mayo 04
Cirugía plástica-reparadora	43	103	77	74,76	76	98,70	16 enero 2003	6 agosto 2003	3 diciembre 2003	16 diciembre 03	3 marzo 04	15 junio 04
Cirugía torácica.	25	36	26	72,22	26	100,00	16 enero 2003	17 junio 2003	27 octubre 03	30 octubre 03	9 enero 04	4 mayo 04
Dermatología.	115	229	185	80,79	185	100,00	16 enero 2003	6 agosto 2003	3 diciembre 2003	16 diciembre 03	27 mayo 04	24 junio 04
Endocrinología	133	208	166	79,81	166	100,00	16 enero 2003	18 julio 2003	17 diciembre 03	23 diciembre 03	28 abril 04	15 junio 04
Farmacia hospitalaria.	148	336	263	78,27	257	97,72	16 enero 2003	6 agosto 2003	11 noviembre 03	18 noviembre 03	9 enero 04	15 junio 04
Farmacología clínica	10	26	18	69,23	18	100,00	16 enero 2003	18 julio 2003	4 noviembre 03	14 noviembre 03	6 enero 04	15 mayo 04
Geriatría.	55	142	91	64,08	88	96,70	16 enero 2003	6 agosto 2003	20 noviembre 03	28 noviembre 03	20 enero 04	4 mayo 04
Hematología-hemoterapia.	132	333	237	71,17	237	100,00	16 enero 2003	14 octubre 2003	29 diciembre 03	30 diciembre 03	24 marzo 04	24 junio 04
Inmunología	28	82	60	73,17	60	100,00	16 enero 2003	12 noviembre 2003	13 enero 04	16 enero 04	19 marzo 04	27 mayo 04
Medicina intensiva	158	368	277	75,27	276	99,64	16 enero 2003	14 octubre 2003	22 diciembre 03	30 diciembre 03	27 mayo 04	28 junio 04
Medicina interna.	310	804	622	77,36	618	99,36	16 enero 2003	14 octubre 2003	13 febrero 04	18 febrero 04	1 julio 04	1 julio 04
Medicina nuclear.	25	76	49	64,47	49	100,00	16 enero 2003	6 agosto 2003	11 noviembre 03	18 noviembre 03	9 enero 04	27 mayo 04
Medicina preventiva y SP.	48	122	72	59,02	55	76,39	16 enero 03— 10 mayo 04	25 junio 04	19 noviembr 04	22 noviembr 04	7 febrero 05	26 marzo 05

La responsabilidad de esas repercusiones hay que cargarla sobre todos quienes contribuyeron de una u otra manera a que se crease y fuese creciendo la situación que hizo necesaria la OPE; ante todo sobre quienes la provocaron por incumplimiento de las normas que regulaban la vinculación del personal con el Sistema, sin poner en marcha una alternativa a la misma distinta a la diversificación de iniciativas diferentes y descoordinadas, que da pie a la situación de inestabilidad y ausencia de incentivos a la calidad en el desempeño de que sigue caracterizando la política de personal del SNS.

Tabla 35. (cont. 1)

Ministerio de Sanidad y Consumo.		PROCESO de CONSOLIDACIÓN. FASE de SELECCIÓN -Calificaciones.										Proceso de Consolidación. Ley 16/2001, de 21-XI	
Especialidad/categoría	Plazas	Admi- tidos	Presen- tados	Porcentaje aprobados	Apro- bados	Porcentaje aprobados	Calificaciones oposición	Calificaciones provisionales concurso	Calificaciones definitivas concurso	Calificaciones finales fase selección	Expectativa de destino BOE	Fase provisión BOE	
Farmacéuticos atención primaria	87	752	211	28,06	149	70,62	26 marzo 03	16 enero 04	13 abril 04	16 abril 04	20 julio 04	23 marzo 05	
Urgencia Hospitalaria - Medicos	604	1.900	926	48,74	926	100,00	17 julio 03	25 junio 04	29 noviem 04	1 diciembre 04	11 mayo 05	17 junio 05	
Técnicos de Salud.	55	224	89	39,73	84	94,38	17 junio 03	28 noviembre 03	13 abril 04	16 abril 04	20 julio 04	23 marzo 05	
Psicólogos de Atención Primaria	137	1.792	473	26,40	448	94,71	8 julio 03	11 diciembre 03	13 febrero 04	20 febrero 04	20 julio 04	29 abril 05	
Urgencia At Prim - Médicos	1.037	4.812	1.739	36,14	1.723	99,08	8 julio 03	8 junio 04	27 mayo 05	30 mayo 05	9 julio 05	11 julio 05	
Técnicos Titulados Superiores (Biólog-psicólogo-veterinar)	67	1.360	181	13,31	150	82,87	17 julio 03	19 mayo 2004	28 eneo 05	31 eneo 05	6 mayo 05	23 mayo 05	
Bibliotecarios	18	324	79	24,38	45	56,96	17 febrero 03	31 octubre 03	11 marzo 04	16 marzo 04	6 mayo 04	12 febrero 05	
Trabajadores Sociales	396	4.280	1.535	35,86	1.527	99,48	13 junio 03	20 febrero 04	4 junio 04	7 junio 04	31 marzo 05	26 abril 05	
Enfermeras	6.631	38.388	28.536	74,34	28.505	99,89	24 julio 03	1 octubre 04	17 mayo 05	19 mayo 05	9 julio 05	11 julio 05	
Enfermeras de urgencias AP	703	10.714	1.219	11,38	1.213	99,51	23 julio 03	13 marzo 04	27 julio 04	6 septiembre 04	14 marzo 05	24 mayo 05	
Matronas	375	700	536	76,57	535	99,81	12 mayo 03	24 noviembre 03	23 abril 04	30 abril 04	10 marzo 05	26 abril 05	
Fisioterapeutas	458	4.960	2.861	57,68	2.824	98,71	23 julio 03	18 mayo 2004	27 diciembre 04	29 diciembre 04	17 junio 05	27 junio 05	
Ingenieros superiores	17	148	47	31,76	39	82,98	17 febrero 03	8 julio 03	17 mayo 2004	20 mayo 2004	20 julio 04	23 marzo 05	
Ingenieros técnicos industriales	82	496	205	41,33	184	89,76	12 mayo 03	16 diciembre 03	14 febrero 05	14 febrero 05	29 junio 05	2 julio 05	
Téc Esp.de Laboratorio.	732	6.750	3.803	56,34	3.711	97,58	5 junio 03	24 junio 04	4 marzo 05	17 marzo 05	1 julio 05	8 julio 05	
Téc Esp. Radioterapia.	77	195	135	69,23	135	100,00	5 junio 03	2 diciembre 2003	18 marzo 04	26 marzo 04	24 septiembre 04	18 enero 05	
Téc Esp. Radiodiagnóstico.	616	3.581	2.394	66,85	2.153	89,93	5 junio 03	30 marzo 04	25 octubre 04	27 octubre 04	28 abril 05	17 junio 05	
Téc.Esp. Medicina Nuclear.	39	151	84	55,63	82	97,62	8 julio 03	2 diciembre 2003	13 febrero 04	20 febrero 04	15 abril 04	18 enero 05	
Téc Esp. Anat Patológica.	170	1.381	697	50,47	688	98,71	5 de junio 03	29 abril 04	27 julio 04	6 septiembre 04	7 junio 05	4 julio 05	
Higienistas dentales	159	1.346	815	60,55	755	92,64	12 mayo 03	29 diciembre 03	16 abril 04	30 abril 04	24 septiembre 04	18 enero 05	
Auxiliares de enfermería	4.657	47.753	32.703	68,48	32.431	99,17	11 julio 03	21 diciembre 04	18 mayo 05	1 junio 05	8 julio 05	11 julio 05	
Técnicos Función Administrativa	145	1.662	728	43,80	577	79,26	7 noviem 03	4 junio 04	15 noviem 04	17 noviem 04	15 marzo 05	23 marzo 05	
Gestión Función Administrativa	157	4.151	1.461	35,20	1.253	85,76	4 julio 03	12 noviembre 03	23 abril 04	29 abril 04	6 abril 04	11 diciembre 04	
Administrativos Func Administrat	547	12.480	2.960	23,72	2.749	92,87	31 julio 03	27 mayo 04	5 noviem 04	8 noviem 04	29 abril 05	17 julio 05	
Auxiliars Func Administrat	4.101	45.707	19.641	42,97	19.519	99,38	29 julio 03	22 junio 04	9 febrero 05	18 marzo 05	9 julio 05	12 julio 05	
Albañiles	63	505	166	32,87	162	97,59	27 mayo 03	31 octubre 03	13 enero 04	23 enero 04	19 marzo 04	27/ diciembre 05	

Ministerio de Sanidad y Consumo.		PROCESO de CONSOLIDACIÓN. FASE de SELECCIÓN -Calificaciones.										Proceso de Consolidación. Ley 16/2001, de 21-XI	
Especialidad/categoría	Plazas	Admi- tidos	Presen- tados	Porcentaje aprobados	Apro- bados	Porcentaje aprobados	Calificaciones oposición	Calificaciones provisionales concurso	Calificaciones definitivas concurso	Calificaciones finales fase selección	Expectativa de destino BOE	Fase provisión BOE	
Medicina del trabajo	58	290	157	54,14	113	71,97	16 enero 2003	2 diciembre 2003	13 abril 04	16 abril 04	30 junio 04	1 julio 04	
Microbiología-parasitología	99	294	183	62,24	183	100,00	16 enero 2003	22 julio 2003	29 diciembre 03	30 diciembre 03	9 julio 04	9 julio 04	
Nefrología.	89	212	173	81,60	173	100,00	16 enero 2003	22 julio 2003	17 diciembre 03	30 diciembre 03	30 junio 04	1 julio 04	
Neumología	159	302	242	80,13	242	100,00	16 enero 2003	6 agosto 2003	29 diciembre 03	30 diciembre 03	15 junio 04	30 junio 04	
Neurocirugía	53	78	65	83,33	65	100,00	16 enero 2003	18 julio 2003	9 diciembre 03	23 diciembre 03	27 mayo 04	28 junio 04	
Neurofisiología clínica	24	82	47	57,32	45	95,74	16 enero 2003	22 octubre 2003	9 diciembre 03	23 diciembre 03	4 marzo 04	27 mayo 04	
Neurología	156	318	249	78,30	249	100,00	16 enero 2003	6 agosto 2003	18 febrero 04	20 febrero 04	25 junio 04	30 junio 04	
Obstetricia-ginecología	388	724	608	83,98	601	98,85	16 enero 2003	22 octubre 2003	29 diciembre 03	30 diciembre 03	9 julio 04	9 julio 04	
Oftalmología.	298	572	480	83,92	480	100,00	16 enero 2003	14 octubre 2003	29 diciembre 03	18 febrero 04	25 junio 04	30 junio 04	
Oncología médica.	93	174	133	76,44	133	100,00	16 enero 2003	6 agosto 2003	17 diciembre 03	23 diciembre 03	30 junio 04	1 julio 04	
Oncología radioterapia	43	109	81	74,31	79	97,53	16 enero 2003	14 octubre 2003	3 diciembre 2003	16 diciembre 03	3 marzo 04	27 mayo 04	
Otorrinolaringología	180	369	294	79,67	294	100,00	16 enero 2003	6 agosto 2003	29 diciembre 03	30 diciembre 03	30 junio 04	1 julio 04	
Pediatría (at. especializada)	235	598	337	56,35	337	100,00	16 enero 2003	22 octubre 2003	17 diciembre 03	23 diciembre 03	27 mayo 04	15 junio 04	
Pediatría (atención primaria)	619	1097	815	74,29	811	99,51	16 enero 2003	6 agosto 2003	23 marzo 04	29 junio 04	1 abril 05	11 julio 05	
Psiquiatría.	180	459	306	66,67	306	100,00	16 enero 2003	18 julio 2003	30 enero 04	2 febrero 04	1 julio 04	1 julio 04	
Radiodiagnóstico	406	602	532	88,37	528	99,25	16 enero 2003	6 agosto 2003	20 noviembre 03	2 diciembre 03	24 marzo 04	15 junio 04	
Radiofísica hospitalaria	44	65	52	80,00	52	100,00	16 enero 2003	10 junio 2003	16 octubre 03	27 octubre 03	3 marzo 04	19 abril 04	
Rehabilitación	104	231	161	69,70	150	93,17	16 enero 2003	6 agosto 2003	27 octubre 03	30 octubre 03	9 enero 04	1 julio 04	
Reumatología.	86	157	131	83,44	131	100,00	16 enero 2003	6 agosto 2003	30 diciembre 03	16 enero 04	30 junio 04	1 julio 04	
Traumatología-cirugía ortopédica	352	568	484	85,21	483	99,79	16 enero 2003	22 julio 2003	29 diciembre 03	30 enero 04	1 julio 04	1 julio 04	
Urología	190	289	248	85,81	248	100,00	16 enero 2003	22 julio 2003	3 diciembre 2003	16 diciembre 03	15 junio 04	30 junio 04	
Subtotal FEAs + pediatría AP	6.969	14.023	10.689	76,22	10.572	98,91							
Médicos de Familia en A.P	1.982	11.253	7.236	64,30	7.128	98,51	15 diciembre 03	28 enero 05	12 mayo 05	13 mayo 05	8 julio 05	12 julio 05	
Admisión y documentación clínica	195	477	271	56,81	271	100,00	17 julio 03	6 febrero 04	27 mayo 04	31 mayo 04	11 noviembre 04	26 marzo 05	
Odontólogos atención primaria	306	1.136	716	63,03	684	95,53	26 marzo 03	22 octubre 03	4 marzo 04	11 marzo 04	20 julio 04	26 abril 05	

La OPE tuvo por lo menos el mérito de reconocer esa situación, y el de tratar de dar solución, por la única vía posible, a sabiendas de los problemas que esa vía tenía, a las situaciones que ya existían previamente. Falló, sin embargo, en servir de acicate

para el desarrollo de iniciativas diferentes que afrontaran las políticas de personal de una manera distinta y evitasen la reproducción de la situación. Pero la responsabilidad de esto último recae ante todo sobre quienes, en el siguiente período, elaboraron normas que resultaron a la postre ineficaces para modificar esa situación.

Tabla 35 (final).

Ministerio de Sanidad y Consumo.				PROCESO de CONSOLIDACIÓN. FASE de SELECCIÓN -Calificaciones.				Proceso de Consolidación. Ley 16/2001, de 21-XI				
Especialidad/categoría	Plazas	Admi- tidos	Presen- tados	Porcentaje aprobados	Apro- bados	Porcentaje aprobados	Calificaciones oposición	Calificaciones provisionales concurso	Calificaciones definitivas concurso	Calificaciones finales fase selección	Expectativa de destino BOE	Fase provisión BOE
Calefactores	150	866	348	40,18	347	99,71	27 mayo 03	28 noviembre 03	30 enero 04	3 febrero 04	6 mayo 04	23 diciembre 05
Mecánicos	151	887	328	36,98	325	99,09	27 mayo 03	16 enero 04	17 mayo 2004	20 mayo 2004	16 septiembre 04	30 noviembre 04
Planchadoras	244	3.203	1.008	31,47	987	97,92	27 mayo 03	5 noviembre 03	11 marzo 04	16 marzo 04	20 julio 04	29 noviembre 04
Conductores	192	2.565	904	35,24	904	100,00	20 junio 03	27 enero 04	27 julio 04	6 septiemb 04	7 febrero 05	8 julio 05
Costureras	85	1.432	457	31,91	454	99,34	10 junio 03	5 noviembre 03	13 enero 04	23 enero 04	22 abril 04	23 noviembre 04
Electricistas	166	2.092	753	35,99	752	99,87	17 junio 03	16 enero 04	16 marzo 04	18 marzo 04	27 octubre 04	27 noviembre 04
Fontaneros	85	829	232	27,99	232	100,00	17 junio 03	16 enero 04	18 marzo 04	23 marzo 04	28 junio 04	23 noviembre 04
Gobernantas	118	1.647	632	38,37	600	94,94	10 junio 03	6 febrero 04	4 junio 04	7 junio 04	16 septiembre 04	29 noviembre 04
Peones	99	1.145	317	27,69	310	97,79	10 junio 03	11 noviembre 03	13 enero 04	23 enero 04	28 abril 04	30 noviembre 04
Pinches	1.059	14.306	7.117	49,75	7.019	98,62	20 junio 03	18 junio 04	16 diciemb 04		29 junio 05	1 julio 05
Telefonistas.	149	5.292	1.144	21,62	1.141	99,74	20 junio 03	28 noviembre 03	23 abril 04	27 mayo 04	16 septiembre 04	30 octubre 04
Celadores	2.998	49.342	23.874	48,38	23.383	97,94	30 agosto 03	10 noviemb 04	18 abril 05	19 abril 05	1 julio 05	9 julio 05
Total del Proceso	37.078	307.007	160.250	52,20	157.676	98,39						

Tabla 36. Desarrollo de la fase de provisión de facultativos (hasta 16/07/2009).

ESPECIALIDAD	PRIMER PROCESO DE ASIGNACIÓN				SEGUNDO PROCESO DE ASIGNACIÓN										TERCER PROCESO DE ASIGNACIÓN					PLAZAS NO ADJ. ADIC.	TOTAL PLAZAS ADJ.				
	PLAZAS (previón)	ADMITIDOS	ENTREVISTA	DEFINITIVA RESULTADOS	PLAZAS ADICIONALES	BOE (previón)	PLAZAS (PT. TITULA)	ADMITIDOS	RESOLUCIÓN ADMISIÓN	2ª ENTREVISTA	PROVISIONAL RESULTADOS	DEFINITIVA RESULTADOS	PLAZAS ADICIONALES	BOE (previón)	PLAZAS (PT. TITULA)	CONVOCADO	ACTO	REDUCCIÓN RESULTADOS	PLAZAS ADICIONALES			BOE (previón)	Excedencia		
1 ALERGOLOGÍA	72	71	15 y 16/11	04/03/2005	69	11/04/2005	3	2	27/04/2005	06/05/2005	14/05/2005	26/07/2005	2	13/10/2005	1				0		0	1	71		
2 ANÁLISIS CLÍNICOS	178	182	05-nov	14/03/2005	170	07/04/2005	14	14	04/05/2005	11/05/2005	15/06/2005	22/07/2005	7	11/10/2005	7	6	29/07/2005	23/08/2005	2	16/12/2005	28/12/2005	8	5	179	
3 ANATOMÍA PATOLÓGICA	139	139	11 a 13/11	08/02/2005	132	31/03/2005	7	2	23/04/2005	30/03/2005	22/04/2005	01/07/2005	1	06/10/2005	6	1	20/07/2005	23/09/2005	1	16/12/2005		0	5	134	
4 ANESTESIA Y REANIM.	616	591	21, 22 y 23/11	14/03/2005	570	06/04/2005	47	12	04/05/2005	21-22 mayo	08/06/2005	14/07/2005	3	11/10/2005	44	3	21/07/2005		0		03/11/2005	17	44	573	
5 ANGIOLOGÍA CIR. VASC.	64	59	5 y 6/11	08/02/2005	58	22/02/2005	13	0					0		0				0			0	7	58	
6 APARATO DIGESTIVO	176	177	8, 10 y 11/12	30/11/2005	169	20/12/2005	9	5	02/01/2006	10/01/2006	24/10/2006	07/03/2006	2	22/03/2006	11	3	17/03/2006		0		06/04/2006	7	11	171	
7 BIOQUÍMICA CLÍNICA	38	36	22-nov	28/03/2005	33	06/05/2005	5	3	27/05/2005	08/06/2005	30/06/2005	28/07/2005	3	13/10/2005	6				0			0	2	36	
8 CARDIOLOGÍA	240	238	25 y 26/11	20/04/2005	226	10/05/2005	15	5	30/05/2005	02/06/2005	17/06/2005	21/11/2005	5	20/01/2006	0				0		03/03/2006	7	10	231	
9 CIRUGÍA CARDIOVASC.	38	39	10-nov	25/01/2006	34	07/02/2006	4	4	28/02/2006	2-3 marzo	18/04/2006	24/05/2006	4	22/06/2006								0	0	38	
10 CIRUGÍA GEN. Y PÉD.	306	319	6 y 7/11	25/04/2005	285	27/05/2005	33	21	05/06/2005	26/06/2005	28/10/2005	14/12/2006	13	09/01/2007	9	4	20/12/2006	22/12/2006	1	09/01/2007	12/01/2007			299	
11 CIRUGÍA MAXILOFAC.	46	46	14 y 15/11	20/04/2005	45	10/05/2005	1	0		07/06/2005			0		0				0		18/07/2005	1	1	45	
12 CIRUGÍA PEDIÁTRICA	28	28	18 y 19/10	08/02/2005	28	22/02/2005	1	0					0		0				0			0	1	28	
13 CIRUGÍA PLÁST. REPAR.	48	44	11 a 13/12	08/03/2005	42	11/04/2005	6	0		12/05/2005			0		0				0		18/07/2005	1	6	42	
14 CIRUGÍA TORÁCICA	26	25	2 y 3/11	04/02/2005	25	22/02/2005	1	0					0		0				0			1	25		
15 DERMATOLOGÍA	172	122	26 y 27/11	28/03/2005	112	04/05/2005	13	4	10/05/2005	17/05/2005	06/06/2005	26/07/2005	4	13/10/2005	9				0		03/11/2005	2	9	116	
16 ENDOCRINOLOGÍA	135	135	20 y 30/11	14/03/2005	128	07/04/2005	8	6	04/05/2005	16-17 mayo	06/06/2005	28/07/2005	2	11/10/2005	6	3	22/07/2005	23/08/2005	1	16/12/2005	02/12/2005	3	4	131	
17 FARMACIA HOSPITALAR	155	149	19, 20 y 21/11	13/06/2005	142	13/07/2005	13	0		12/07/2005			0		0				0		14/10/2005	3	13	142	
18 FARMACOLÓGIA CLÍNICA	10	10	03-nov	04/02/2005	10	22/02/2005	0	0					0		0				0			0	0	10	
19 GERIATRÍA	56	55	25 y 26/10	24/02/2005	53	11/03/2005	0	0		28/04/2005			0		0				0		18/07/2005	1	3	53	
20 HEMATOLOGÍA-HEMATOT.	134	139	10-nov	11/04/2005	127	10/05/2005	10	9	23/05/2005	31/05/2005	20/06/2005	22/09/2005	5	25/10/2005	6	4	30/09/2004	18/10/2005	1	02/12/2005	21/02/2006	4	6	33	
21 INMUNOLOGÍA	28	28	9, 10 y 13/12	08/03/2005	26	06/04/2005	2	2	27/04/2005	10/05/2005	13/06/2005	21/07/2005	2	11/10/2005	0				0			0	0	28	
22 MEDICINA INTENSIVA	158	161	18 y 19/11	08/02/2005	154	24/02/2005	6	4	23/03/2005	01/04/2005	16/05/2005	15/07/2005	4	11/10/2005	2				0		03/11/2005	1	2	158	
23 MEDICINA INTERNA	317	323	1, 2 y 3/12	25/04/2005	302	03/06/2005	23	10	05/07/2005	13/07/2005	29/07/2005	18/10/2005	7	09/12/2005	16	4	02/11/2005	16/11/2005	1	20/12/2006	21/02/2006	6	15	310	
24 MEDICINA NUCLEAR	25	25	20-nov	08/02/2005	23	24/02/2005	2	2	23/03/2005	30/03/2005	22/04/2005	01/07/2005	1	06/10/2005	1	0	08/07/2005		0		03/11/2005	1	1	24	
25 MEDICINA PREVENTIVA	50	47	22 y 23/09	02/12/2005	44	10/12/2005	6	0		10-11/12/2005		10/01/2006													
26 MEDICINA DEL TRABAJO	58	56	8 a 10/11	20/04/2005	49	10/05/2005	9	5	31/05/2005	06/06/2005	24/07/2005	28/09/2005	5	25/10/2005	4				0		28/11/2005	2	4	54	
27 MICROBIOLOGÍA-PARASIT.	101	107	13 y 14/11	17/02/2005	96	11/03/2005	8	5	23/03/2005	04/04/2005	18/05/2005	01/07/2005	3	06/10/2005	5	1	11/07/2005		0		03/11/2005	4	5	99	
28 NEFROLOGÍA	90	96	17 y 18/11	24/02/2005	83	11/03/2005	9	7	14/04/2005	25/04/2005	14/06/2005	23/09/2005	3	25/10/2005	6				0		28/11/2005	5	6	86	
29 NEUMOLOGÍA	102	104	3 y 4/11	13/05/2005	153	03/06/2005	11	4	15/06/2005	22/06/2005	22/07/2005	26/09/2005	3	25/10/2005	0				0		28/11/2005	4	8	156	
30 NEUROCIQUIRUGÍA	55	54	6, 7 y 8/11	17/02/2005	52	11/03/2005	4	0					0		0				0		18/07/2005	2	4	52	
31 NEUROFISIOLÓGIA CLÍNICA	27	27	21 y 22/10	08/02/2005	24	24/02/2005	4	2	23/03/2005	30/03/2005	20/05/2005	01/07/2005	1	06/10/2005	3	1	12/07/2005	23/09/2005	1	16/12/2005	02/12/2005	1	2	26	
32 NEUROLOGÍA	165	162	23 y 24/10	24/02/2005	151	11/03/2005	15	6	11/04/2005	19-20 abril/2005	30/05/2005	15/07/2005	4	11/10/2005	11				0		03/11/2005	4	11	155	
33 OBSTETRICIA-GINECOL.	398	397	30/11 y 1/12	17/01/2006	372	07/06/2006	30	11	17/02/2006	23/02/2006	28/04/2006	13/06/2006	6	12/07/2006	3	3	22/06/2006	05/07/2006	0		12/07/2006	11	22	378	
34 OFTALMOLOGÍA	309	305	13 y 14/12	29/04/2005	284	05/06/2005	28	14	08/06/2005	13/06/2005	05/07/2005	30/09/2005	7	25/10/2005	22				1	02/12/2005	21/02/2006	11	22	292	
35 ONCOLOGÍA MÉDICA	94	97	23 y 24/11	13/06/2005	91	14/07/2005	3	2	05/07/2005	11/07/2005	12/09/2005	12/01/2006	1	07/02/2006							21/02/2006	4	2	92	
36 ONCOLOGÍA RADIOTER.	45	43	28 y 29/10	08/02/2005	41	24/02/2005	4	1	23/03/2005	31/03/2005			0		0				0		18/07/2005	2	4	41	
37 OTORRINOLARINGOLÓGIA	184	181	23 a 26/11	28/02/2005	178	11/04/2005	8	1	11/04/2005	28/05/2005			0		0				0		18/07/2005	3	8	178	
38 PEDIATRÍA AT. ESPECIAL	240	244	26 y 27/10	14/03/2005	225	07/04/2005	16	9	10/05/2005	18/05/2005	08/06/2005	16/11/2005	2	07/02/2006	14	1	28/11/2005		0		21/02/2006	11	14	227	
39 PSIQUIATRÍA	182	183	1 y 2/12	08/05/2005	172	24/02/2005	11	9	17/06/2005	23/06/2005	27/10/2005	22/12/2005	4	20/01/2006	7	2	11/01/2006	27/01/2006	1	21/02/2006	27/02/2006	6	6	177	
40 RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICO	427	415	20 y 21/11	24/02/2005	395	11/03/2005	34	8	11/04/2005	21-22 abril/2005	12/05/2005	13/06/2005	6	18/06/2005	0				0		14/10/2005	6	28	401	
41 RADIOLOGÍA HOSPITALAR	45	47	18 y 19/10	17/02/2005	44	11/03/2005	1	2	23/03/2005	01/04/2005	13/06/2005	15/07/2005	1	11/10/2005	0				0			0	0	45	

Tabla 36 (cont.).

ESPECIALIDAD	PRIMER PROCESO DE ASIGNACIÓN					SEGUNDO PROCESO DE ASIGNACIÓN										TERCER PROCESO DE ASIGNACIÓN					TOTAL PLAZAS ADJ.				
	PLAZAS (provisión)	ADMITIDOS	ENTREVISTA	DEFINITIVA RESULTADOS	PLAZAS ASIGNADAS	BOE (última modificación)	PLAZAS (2ª vuelta)	ADMITIDOS	RESOLUCIÓN ADMITIDOS	2ª ENTREVISTA	PROVISIONAL RESULTADOS	DEFINITIVA RESULTADOS	PLAZAS ASIGNADAS	BOE (última modificación)	PLAZAS (1ª vuelta)	CONVOCADOS	ACTO	RESOLUCIÓN RESULTADOS	PLAZAS ASIGNADAS	BOE (última modificación)		Excedencia	PLAZAS NO ADJ.		
42	REHABILITACION	107	113	13 a 15/12	29/04/2005	102	07/05/2005	7	2	15/05/2005	20/05/2005	05/07/2005	26/09/2005	2	25/10/2005	0			0		28/11/2005	2	5	104	
43	REUMATOLOGIA	90	88	27 y 28/10	08/02/2005	84	25/02/2005	6	1	23/03/2005	31/03/2005	28/04/2005	04/07/2005	1	11/10/2005	0			0				5	85	
44	TRAUMAT ORIG ORTOP	372	358	27 a 29/11	29/03/2005	342	05/05/2005	32	6	18/05/2005	23/05/2005	13/06/2005	20/07/2005	5	11/10/2005	28	1	28/07/2005	23/08/2005	1	16/11/2005	02/12/2005	6	27	348
45	UROLOGIA	165	197	16,17 y 18/11	18/05/2005	185	29/07/2005	14	8	22/11/2005	30/11/2005	30/12/2005	20/02/2006	5	07/03/2006	9	2	23/02/2006	06/03/2006	1	20/03/2006	20/03/2006	3	8	191
		6.551	6.532			6.130		496	208					124		230	39		12			141	322	6.265	

Legenda:

	Expedientes en los que se han publicado convocatorias
	Expedientes pendientes de informe de la Comisión de Desarrollo y Seguimiento
	Expedientes en los que ya se ha informado por la Comisión de Desarrollo y Seguimiento la adjudicación definitiva de plazas
	Expedientes cerrados

Tabla 37. Desarrollo de la fase de provisión de plazas de personal del Grupo A no facultativo.

ESPECIALIDAD	PLAZAS (ANUNCIOS)	PRIMER PROCESO DE ASIGNACIÓN					SEGUNDO PROCESO DE ASIGNACIÓN					TERCER PROCESO DE ASIGNACIÓN					PLAZAS ADICIONALES	Excedencia	PLAZAS ADICIONALES								
		PLAZAS (provisión)	PUBLICACIÓN PROVISIONAL	PUBLICACIÓN DEFINITIVA	ADMITIDOS	ENTREVISTA	PROVISIONAL RESULTADOS	DEFINITIVA RESULTADOS	PLAZAS ASIGNADAS	BOE (última modificación)	PLAZAS (2ª vuelta)	ADMITIDOS	RESOLUCIÓN ADMITIDOS	ENTREVISTA	PROVISIONAL RESULTADOS	DEFINITIVA RESULTADOS				PLAZAS ASIGNADAS	BOE (última modificación)	PLAZAS (1ª vuelta)	CONVOCADOS	ACTO	RESOLUCIÓN RESULTADOS	PLAZAS ASIGNADAS	BOE (última modificación)
1. ADMON.OCUMEN.	195	26/03/2005	30/05/2005	22/06/2005	197	23/06/2005	30/11/2005	182	19/12/2005	13	7	02/01/2006	09/01/2006	24/01/2006	10/02/2006	03/03/2006	5	21/03/2006	6	1	08-mar-06	14/03/2006	1	30/03/2006	07/04/2006	7	188
2. URGENCIA HOSPITALARIA	604	17/06/2005	28/10/2005	19/11/2005	668	24-1-16	06/03/2006	580	22/03/2006	33	10	04/04/2006	07/04/2006	05/06/2006	26/06/2006	12/07/2006	7	P								580	
3. FARMACÉUTICOS DE A.P.	87	23/03/2005	25/05/2005	22/06/2005	84	30/06/2005	07/10/2005	80	20/01/2006	7	2	02/01/2006	16/01/2006	01/02/2006	18/02/2006	03/03/2006	1	23/03/2006						27/03/2006	3	81	
4. MEDICINA FAM. Y COMUN.	1.982	11/07/2005	18/11/2005	12/12/2005	2.953	14/18-12	28/04/2006	1691		537	548	19/05/2006	24/05/2006	30/05/2006	19/07/2006		218		319								
5. MEDICOS URGENCIA A.P.	1.037	12/07/2005	24/11/2005	16/12/2005	1.036	18/2-12	01/06/2006	953		84	33	10/07/2007	14/07/2006														
6. ODONTÓLOGOS DE A.P.	306	26/04/2005	21/07/2005	05/10/2005	307	13-15/10	13/05/2006	274	31/05/2006	32	16	11/06/2006	19/06/2006	08/05/2006	27/05/2006	06/05/2006	8	22/06/2006	24	6	13/06/2006	15/06/2006	4	*	*	285	
7. PEDIATRIA-PERICULTURA A.P.	619	11/07/2005	27/10/2005	23/11/2005	852	28/7-11	26/05/2006	503		193	220	04/07/2006	09/07/2006														
8. PROLOGOS DE A.P.	137	28/04/2005	28/06/2005	27/06/2005	137	3-4/10	03/11/2005	126	20/01/2006	13	6	13/01/2006	18/01/2006	18/02/2006	06/03/2006	10/04/2006	5	10/05/2006	7	2	24-mar-06	18/05/2006	2	08/06/2006	08/06/2006	3	131
9. TÉCNICOS SALUD A.P.	55	23/03/2005	18/05/2005	14/06/2005	55	21/06/2005	03/10/2005	50	13/12/2005	5	2	20/12/2005	22/12/2005	19/01/2006	06/02/2006	17/02/2006	2	01/03/2006						11/03/2006	3	52	
10. BIBLIOTECARIOS	18	14/02/2005	22/04/2005	20/05/2005	19	24/05/2005	01/07/2005	18	25/10/2005																	18	
11. INGENIEROS SUPERIORES	17	23/03/2005	09/11/2005	07/12/2005	18	13/12/2005	24/02/2006	15	07/03/2006	2	3	24/05/2006	30/05/2006	19/04/2006	06/05/2006	05/05/2006	2	22/06/2006						03/07/2006	2	17	
12. TÉCNICOS F. ADM.	145	23/03/2005	24/05/2005	22/06/2005	155	27/06/2005	14/10/2005	125	16/12/2005	23	16	13/01/2006	17-18/1	24/02/2006	14/03/2006	05/04/2006	9	10/05/2006	14	7	18/04/2006	25/04/2006	1	1/05/2006	06/05/06	15	135
13. TÉCNICOS SUP.	67	23/03/2005	28/07/2005	28/10/2005	66	10-12 nov	06/03/2006	63	22/03/2006	4	2	04/04/2006	06/04/2006	16/05/2006	03/01/2006	17/01/2006	2	P								63	
	5.289				5.127			4530		946	865						259										

Expedientes en los que se han publicado convocatorias
Expedientes pendientes de informe de la Comisión de Desarrollo y Seguimiento
Expedientes en los que ya se ha informado por la Comisión de Desarrollo y Seguimiento la adjudicación definitiva de plazas
Expedientes cerrados

Tabla 38. Desarrollo de la fase de provisión de los Grupos B al E.

PRIMER PROCESO DE ASIGNACIÓN												
	ESPECIALIDAD	PLAZAS (selección)	PLAZAS (provisión)	PUBLICACIÓN	FINALIZACIÓN	PROVISIONAL MÉRITOS	FINALIZACIÓN	DEFINITIVA MÉRITOS	ASPIRANTES	FINALIZACIÓN	PROVISIONAL DESTINOS	DEFINITIVA DESTINOS
1	ATS DE URGENCIAS EN A.P.	703	703	24/05/2005	10/06/2005	26/09/2005	13/10/2005	20/01/2006	713	03/02/2006	mayo-05	junio-05
2	HIGIENISTAS DENTALES A.P.	159	159	18/01/2005	04/02/2005	15/04/2005	05/05/2005	04/10/2005	156	22/10/2005	09/02/2006	10/05/2006
3	AUXILIARES DE ENFERMERÍA	4.657	4.657	11/07/2005	29/07/2005	21/12/2005	09/01/2006	26/04/2006	7949	09/05/2006	junio-06	julio-06
4	ATS / DUE	6.631	6.631	11/07/2005	29/07/2005	25/01/2006	06/01/1900	jun-06	17048		julio-05	agosto-05
5	FISIOTERAPEUTAS	458	458	27/05/2005	14/07/2005	26/09/2005	13/10/2005	23/12/2005	626	07/01/2006	06/04/2006	mayo-05
6	MATRONAS	375	375	26/04/2005	16/05/2005	26/09/2005	13/10/2005	02/02/2006	644	23/02/2006	mayo-05	junio-05
7	TÉC.ESP. ANAT. PATOLÓGICA	170	170	04/07/2005	21/07/2005	21/12/2005	09/01/2006	29/03/2006	218	17/04/2006	mayo-06	junio-06
8	TÉCNICOS ESP. LABORATORIO	732	732	08/07/2005	27/07/2005	09/12/2005	28/12/2005	20/04/2006	881	05/05/2006	mayo-06	junio-06
9	TÉC.ESP. MEDIC. NUCLEAR	39	39	18/01/2005	04/02/2005	15/04/2005	05/05/2005	04/10/2005	46	22/10/2005	09/02/2006	10/05/2006
10	TÉC.ESP. RADIODIAGNÓST.	616	616	17/05/2005	05/07/2005	26/09/2005	13/10/2005	23/12/2005	775	07/01/2006	27/03/2006	mayo-05
11	TÉC.ESP. RADIOTERAPIA	77	77	18/01/2005	04/02/2005	15/04/2005	05/05/2005	09/12/2005	84	24/12/2005	28/02/2006	10/05/2006
12	ADMINISTRATIVOS F. ADM.	547	547	12/07/2005	30/07/2005	09/12/2005	28/12/2005	28/03/2006	744	15/04/2006	mayo-06	junio-06
13	ALBAÑILES	63	63	27/11/2004	16/12/2004	23/03/2005	12/04/2005	07/06/2005	63	22/06/2005	27/01/2005	09/05/2006
14	AUXILIARES ADMINISTRAT.	4.101	4.101	12/07/2005	30/07/2005	22/12/2005	10/01/2006	29/05/2006	6058		julio-06	agosto-05
15	CALEFACTORES	150	150	23/11/2004	13/12/2004	15/04/2005	05/05/2005	30/11/2005	185	15/12/2005	28/03/2006	mayo-06
16	CELADORES	2.998	2.998	09/07/2005	28/07/2005	28/12/2005	16/01/2006	28/04/2006	4281	13/05/2006	junio-06	julio-06
17	CONDUCTORES	192	192	08/07/2005	27/07/2005	22/11/2005	12/12/2005	29/03/2006	183	17/04/2006	mayo-06	junio-06
18	COSTURERAS	85	85	23/11/2004	13/12/2004	14/04/2005	04/05/2005	04/10/2005	89	22/10/2005	09/02/2006	09/05/2006
19	ELECTRICISTAS	166	166	27/11/2004	16/12/2004	27/04/2005	17/05/2005	30/11/2005	221	15/12/2005	mayo-05	junio-05
20	FONTANEROS	85	85	23/11/2004	13/01/1900	06/04/2005	23/04/2005	07/06/2005	86	22/06/2005	07/02/2006	09/05/2006
21	GOBERNANTAS	118	118	29/11/2004	18/12/2004	06/04/2005	23/04/2005	07/06/2005	125	02/07/2005	07/02/2006	mayo-05
22	GESTIÓN F. ADM.	157	157	11/12/2004	30/12/2004	19/04/2005	05/05/2005	23/12/2005	273	07/01/2006	31/03/2006	mayo-05
23	INGENIEROS TÉCN. INDUST.	82	82	02/07/2005	20/07/2005	22/11/2005	12/12/2005	19/04/2006	85	04/05/2006	mayo-06	junio-06
24	MECÁNICOS	151	151	30/11/2004	20/12/2004	14/04/2005	04/05/2005	30/11/2005	165	15/12/2005	06/03/2006	mayo-05
25	PEONES	99	99	30/11/2004	20/12/2004	06/04/2005	23/04/2005	07/06/2005	100	22/06/2005	07/02/2006	09/05/2006
26	PLANCHADORAS	244	244	29/11/2004	18/12/2004	06/04/2005	23/04/2005	30/11/2005	255	15/12/2005	27/03/2006	mayo-05
27	PINCHES	1.059	1.059	01/07/2005	19/07/2005	22/11/2005	12/12/2005	28/03/2006	1178	15/04/2006	mayo-05	junio-05
28	TELEFONISTAS	149	149	30/11/2004	20/12/2004	06/04/2005	23/04/2005	30/11/2005	176	15/12/2005	14/03/2006	mayo-05
29	TRABAJADORES SOCIALES	396	396	26/04/2005	16/05/2005	29/07/2005	13/08/2005	23/12/2005	401		03/05/2006	junio-05
		25.459	25.459						43.808			

Legenda:	
	Categorías en las que se han publicado nombramientos
	Categorías con aprobación de la Comisión para la resolución de la fase de Provisión
	Categorías en las que ya se ha informado por la Comisión de Desarrollo y Seguimiento la adjudicación definitiva de plazas
	Categorías cerradas
	Categorías con desglose de CIAs

c) La segunda legislatura Popular (2ª Parte) (2002-2004).

En Junio de 2002 tuvo lugar un cambio de Gobierno, que en el caso del Ministerio de Sanidad supuso la sustitución de su titular, la malagueña Celia Villalobos, por la gallega Ana Pastor. Ésta venía de desempeñar hasta entonces la Dirección General de MUFACE, la Mutua de los funcionarios públicos que mantenía (y mantiene) la cobertura sanitaria de éstos en el régimen específico de contratación con entidades de seguro privadas que he caracterizado en diferentes ocasiones a lo largo del texto, un sistema que fue reforzado antes que puesto en cuestión por quien en el cambio pasó a desempeñar la responsabilidad de la cobertura universal de la población.

La actividad general en este período se caracterizó por una frenética actividad legislativa, que llevó en el corto plazo de menos de dos años, hasta marzo de 2004, a aprobar hasta cuatro proyectos legislativos en el terreno sanitario, que son los que se analizan a continuación.

Éstos fueron, en primer lugar, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, seguida de la Ley de Ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) y el Estatuto Marco del personal del Sistema Nacional de Salud, todas ellas, como sus títulos indican, referidas a contenidos y ámbitos de carácter muy general y, por último, en un terreno muy específico, la Ley 45/2003, de 21 de noviembre, por la que se modificaba la Ley 35/1988, de 22 de noviembre, sobre Técnicas de Reproducción Humana Asistida.

Tan amplia actividad, al menos estimada desde un punto de vista cuantitativo, no se acompañó, sin embargo, de igual grado de profundidad, y sobre todo efectividad, de las nuevas regulaciones puestas en marcha. Valoradas en sus efectos desde la visión que proporciona su consideración más de cinco años después de su aprobación en la mayoría de los casos, se puede decir que tantas normas resultaron en cada caso poco efectivas para resolver los problemas que se planteaban en su terreno respectivo, cuando no crearon nuevos problemas añadidos, lo que ocurrió en especial en el caso de las normas referidas al personal. De ellas, las tres primeras siguen en pleno vigor tras cinco años de gobierno del PSOE, aunque son reiteradas las demandas para sustituirlas o, al menos darles un desarrollo distinto, si es que fuera posible, al que se ha producido desde su promulgación. Por el contrario, la Ley sobre técnicas de reproducción asistida promulgada por este Gobierno del PP en noviembre de 2003 fue sustituida por otra en 2006 por el Gobierno del PSOE que en 2004 reemplazó al anterior. El camino seguido por unas y otra se explica con carácter general por las razones que se indican a continuación.

Esas razones consisten ante todo en una característica añadida de la mayoría de ellas: con la excepción de la relativa a las técnicas de reproducción asistida, que se convirtió así en el terreno más expreso y casi único de confrontación entre el partido del Gobierno y el principal partido de la oposición, en esa legislatura se hizo patente la coincidencia entre ambos partidos en el apoyo a una parte importante del articulado de las leyes restantes. Este apoyo creció de menor a mayor por parte del PSOE, desde el otorgado a una parte más reducida de los artículos en el caso del Estatuto, con la abstención expresada en el resto de los artículos, pasando por un apoyo superior al 50% del articulado, pese a expresar su rechazo global a la norma, en el caso de la LOPS, hasta un apoyo a la casi totalidad del articulado en el caso de la Ley de cohesión.

Esa coincidencia tuvo sus efectos más expresos en la legislatura siguiente, cuando el Gobierno del Partido Popular fue sustituido (de manera poco predecible antes de los atentados terroristas del 11 de marzo, y como consecuencia, según la mayoría de los observadores políticos, de la gestión de aquéllos realizada en los días siguientes) por un nuevo Gobierno del PSOE. Ese nuevo Gobierno siguió con respecto a esas normas las pautas de desarrollo o sustitución a las que me he referido en el párrafo anterior, conforme a las afinidades o, al menos, ausencia de discrepancias, con la mayoría de ellas.

Un análisis más pormenorizado de cada una se lleva a cabo en los apartados siguientes.

c.1) La ley 16/2003 de 26 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Esta ley fue ya motivo de diferentes trabajos por mi parte en los períodos más próximos a sus desarrollo, a los que me remito para una más amplia consideración de la misma (Rey del Castillo 2002c; 2003 a, c y d).

La primera característica específica de esta norma que conviene resaltar en todo caso es el momento en el que se desarrolló, poco menos de un año y medio después de que se completasen los traspasos del INSALUD a las CCAA.

Que ocurriera así pone en evidencia de entrada la necesidad percibida por el Gobierno responsable de la atención sanitaria en aquel plazo y, como se verá por las iniciativas que adoptó, también por el primer partido de la oposición, de establecer mecanismos de coordinación del sistema sanitario que garantizaran ciertos mínimos de funcionamiento cohesionado del Sistema una vez completado ese traspaso, de una

forma que no parecía garantizada por los mecanismos funcionantes hasta entonces, a cuyas formas y condiciones me he referido ya en el apartado II.6.c.3) anterior .

Sin embargo, el mismo calendario pone también en cuestión que el momento en el que se hizo patente esa preocupación no fuera el más adecuado para el establecimiento de nuevos mecanismos de coordinación, al menos desde el punto de vista de la eficacia de los que se pretendieran establecer innovando con ellos con respecto a la situación existente: como he puesto de relieve en repetidas ocasiones en los trabajos citados, recibir los traspasos supone asumir competencias de autogobierno y organización en las materias traspasadas, con los únicos límites que se hicieran expresos o estuvieran implícitos en el momento de recibir el traspaso. Ese principio ha venido funcionando desde el principio de la puesta en marcha del Estado autonómico, y cualquier intento de justificar la implantación posterior de medidas que pudieran suponer aumentar siquiera la información, pero mucho más aún establecer un cierto control, sobre la actividad de cada Administración autonómica en un ámbito de responsabilidad traspasada en mayor o menor grado a cada una de ellas, no sólo ha recibido el rechazo de éstas, sino que se ha calificado de manera negativa como un intento de “recentralización”. La actitud de las CCAA ha resultado en ese sentido, como es lógico, “expansiva” en la defensa y el ejercicio de sus propias competencias,

De resultas de esa situación, parecía razonablemente previsible que el diseño de mecanismos de coordinación que fuesen distintos a los ya establecidos podría no resultar eficaz si no se hubiesen establecido de manera previa a cerrar los traspasos, de manera que al hacer efectivos éstos estuvieran ya presentes, o se hubieran al menos previsto y hecho constar en las propias normas por las que se realizaba el traspaso. A esos efectos no resulta suficiente incluir en los Decretos de traspaso una referencia genérica a que éste se realizaba “sin perjuicio de la coordinación atribuida constitucionalmente al (la Administración General del) Estado”. Cláusulas de ése o semejante tenor literal existen en todos los Decretos de traspaso sanitario, también en los del traspaso del INSALUD, sin que la invocación genérica previa haya servido de nada a los efectos de facilitar la implantación de mecanismos concretos mediante los que hacer efectiva aquélla. Ocurría y ocurre así incluso en terrenos en los que esos mecanismos podrían estar más claramente atribuidos a la AGE, como es el caso de los sistemas de información; más aún si, como he descrito que venía ocurriendo en este caso concreto, la actitud de los propios Ministerios de Sanidad se venía caracterizando a lo largo de los años previos por la dejación en el ejercicio de esas competencias propias,

en contrasta con la actitud “expansiva” por parte de las CCAA aludida en el párrafo anterior.

Desde un punto de vista temporal, otra de las razones que contribuyen a poner en cuestión la oportunidad del momento elegido para elaborar una Ley que sirviese para mejorar la coordinación del Sistema tiene que ver con el establecimiento previo de unas normas, las de 2001 relacionadas con la financiación autonómica a las que he hecho mención en el apartado anterior, que excluyeron de su regulación cualquier referencia a la utilización de la financiación sanitaria como un instrumento relacionado con y al servicio del funcionamiento cohesionado del Sistema sanitario. Sin su utilización con esos fines cabe dudar si son eficaces cualesquiera otros mecanismos de coordinación que pretendan establecerse y carezcan de un condicionante financiero. Por el contrario, la prioridad de la aprobación de leyes financieras orientadas al ejercicio de la autonomía fiscal, sin condicionante general sanitario alguno para la utilización de los fondos, y sin ningún carácter finalista en su distribución, acota el terreno de los mecanismos de coordinación posibles; y excluye en la práctica la posibilidad de instrumentos de nivelación y la utilización de economías de escala, cuyo uso se subordina al principio político de la autonomía en el uso de los fondos.

A esa ausencia de oportunidad de esta norma desde el punto de vista político cabe añadirle una segunda característica: la coincidencia entre los dos partidos mayoritarios que puso de manifiesto en lo referente al concepto y el ejercicio de la coordinación en el sistema sanitario. Una coincidencia que se puso en evidencia no sólo en cuanto a los contenidos de la norma, sino también, como se explica a continuación, en el desarrollo de la misma.

1.1) El desarrollo de proyectos anteriores a la Ley de cohesión.

La necesidad percibida de una norma que regulase las cuestiones relacionadas con el funcionamiento coordinado del sistema pese a las limitaciones citadas previsibles, que se derivaban del momento escogido para su desarrollo, se puso de manifiesto en el desarrollo de distintos proyectos previos.

Del primero de ellos, difundido formalmente en diciembre de 2001²⁷⁹, fue autor el mismo Gobierno del Partido Popular que llevó a cabo la aprobación del nuevo sistema de financiación autonómica y la consumación de los traspasos del INSALUD.

²⁷⁹ Hubo algunos borradores previos difundidos a través de canales no formales de información, como confidenciales y otras publicaciones similares difundidas a través de medios informáticos, que no

Poco después, en enero de 2002, se conoció por las mismas vías un primer texto de propuesta de una ley del sentido citado realizada por el Partido Socialista, entonces en la oposición.

Ni uno ni otro texto alcanzaron el trámite parlamentario. Algunas de la características de esos textos, fundamentalmente la similitud entre ellos, en ocasiones hasta alcanzar la identidad literal de algunos artículos, que reproducían textos de la Ley General de Sanidad anterior, provocaron la sustitución de los de ambas formaciones por otros textos nuevos.

En el caso del Partido Socialista, sólo un mes después del primer texto, en febrero de 2002, se presentó en el Congreso una Proposición de Ley de contenido semejante, que llegó a ser debatida y rechazada sólo con los votos favorables del propio partido proponente en abril del mismo año.

Por su parte el Ministerio de Sanidad, todavía bajo la dirección de la Ministra Celia Villalobos, que se había comprometido a la presentación de un texto alternativo al del Partido Socialista antes de que acabara el mes de febrero, y luego el de abril, terminó por difundir informalmente un nuevo anteproyecto, que no alcanzó a ser remitido al Parlamento, pocos días antes de que se produjera la sustitución de su titular, al final de mayo de 2002.

Estos proyectos, tres de ellos anteriores a ese mes de mayo de 2002, fueron analizados en una ponencia presentada en las XXII Jornadas de Economía de la Salud, celebradas en ese mismo mes (Rey del Castillo, 2002 c). El análisis que se presenta en este apartado se basa en el trabajo citado, y en el publicado en la Revista de Administración sanitaria un tiempo después (Rey del Castillo 2003 c). De los proyectos mencionados se destacan los siguientes aspectos:

1. En primer lugar, la amplia coincidencia existente entre los diferentes proyectos entre sí, y con la Ley General de Sanidad.

La primera redacción de esos proyectos, de diciembre de 2001 en el caso del Ministerio de Sanidad, y de enero de 2002 en el del Partido Socialista, reproducía textualmente en ambos proyectos contenidos enteros de la norma, que, por otra parte, eran casi idénticos a ciertos preceptos de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

La coincidencia en cuanto a contenidos generales entre ambos proyectos y con la Ley 14/1986 se ilustró en diversos cuadros en los trabajos citados. En los mismos

adquirieron un rango formal posterior, y que en todo caso iban orientados a en la misma línea del primer proyecto aludido.

trabajos se comparó la redacción de algunos contenidos concretos, utilizando para ello ciertas materias presentadas en algunos medios de comunicación, como propuestas originales y ventajosas contenidas en los proyectos difundidos. La identidad de las expresiones formales utilizadas para regular esas cuestiones en los primeros proyectos de uno y otro partido era casi absoluta en varias de las materias analizadas. Cuando se daba esa circunstancia, los textos utilizados reproducían casi literalmente los contenidos referidos a las mismas materias de la Ley General de Sanidad.

Los proyectos posteriores de uno y otro origen evitaron una coincidencia formal tan expresa como la que había existido entre esos primeros proyectos, que había dado lugar a diferentes especulaciones sobre el origen de ambos textos. Entre esos primeros proyectos y los siguientes de cada partido se introdujeron en ellos cambios de carácter formal y estructural en la organización y presentación de la norma, tendentes a reducir y simplificar su contenido. En todo caso, por encima de esos cambios se mantenía en los dos nuevos textos de ambos partidos una orientación muy similar en cuanto a la concepción de la coordinación sanitaria y el papel a desempeñar por las diferentes administraciones; concepciones que, por otra parte, mantenían la misma orientación de la Ley General de Sanidad.

2. Todos esos proyectos previos al proyecto de Ley que finalmente se debatió mantenían la referencia a la competencia en “ejecución” de servicios de la Seguridad Social como título que daba acceso a las CCAA a las competencias en asistencia sanitaria.

Sobre la importancia y repercusiones de uno u otro título competencial (Sanidad e higiene frente a Seguridad Social) para el ejercicio de la coordinación sanitaria se han hecho numerosas referencias en capítulos previos. En el caso de los proyectos que nos ocupan, aunque de la referencia competencial mencionada no se derivaban otras consecuencias concretas en el establecimiento de mecanismos de coordinación, la misma servía al menos para mantener la ambigüedad sobre estas cuestiones que había caracterizado hasta entonces la situación. Lo que de hecho suponía mantener no cerrado el carácter universal e indivisible de la protección sanitaria bajo la responsabilidad última de la Administración General del Estado, que podría dar pie a ciertas intervenciones de ésta para mantener la universalidad y equidad del sistema sanitario en su conjunto. Estas intervenciones estarían vedadas en todo caso si se aceptaba expresamente que la protección sanitaria había dejado de tener relación alguna con el ámbito de la Seguridad Social.

3. Los proyectos previos analizados ponían en evidencia la tendencia a interpretar la coordinación como implicación de las CCAA en las tareas propias del Estado, sin ningún compromiso de contraprestación por parte de aquéllas, ni de lealtad a los acuerdos adoptados en los órganos de coordinación.

Como muestra de lo que se quiere decir en este caso, en los trabajos citados se analizaron diversas funciones atribuidas de manera coincidente en los distintos proyectos al Consejo Interterritorial, constituido en el “órgano supremo” del sistema sanitario, pese a carecer de personalidad jurídica propia y de capacidad efectiva de decisión, comparando esas funciones con la distribución competencial existente para cada una de las materias mencionadas. De la comparación realizada se deducía que todas esas funciones atribuidas en los nuevos textos al Consejo correspondían a áreas de competencia “exclusiva” de la Administración General del Estado.

Un ejemplo preciso de esta tendencia fue la propuesta de inclusión de las CCAA en los órganos que autorizan y establecen los precios de los nuevos medicamentos en la proposición de Ley del Partido Socialista rechazada en el Congreso. Tal propuesta no se acompañaba de ninguna previsión de compromiso con otras decisiones de política farmacéutica que pudieran ser adoptadas, a pesar del precedente inmediato de la falta de aplicación por parte de la CA andaluza del listado de medicamentos excluidos de la financiación sanitaria pública. Lo que se discute en este último caso no es el contenido técnico de la medida, sino la conveniencia de convertir en terrenos de participación autonómica ámbitos de decisión propios del Estado (lo que podría ser adecuado en la situación actual de ejercicio de la gestión sanitaria, en especial si se tiene en cuenta que los precios se fijan para los medicamentos financiados con cargo a fondos públicos, es decir, los aplicados al SNS) sin establecer simultáneamente mecanismos que materializasen el compromiso autonómico con las decisiones adoptadas en común.

4. Los proyectos analizados traducían también la falta de nuevos criterios acerca de la constitución de los órganos al servicio de la coordinación que pudieran formarse.

Los diferentes proyectos sucesivos proponían la constitución de órganos de coordinación para llevar a cabo ciertas funciones, como la información o el control de calidad en el sistema sanitario, con denominaciones variables y diferentes formas jurídicas. Para los proyectos del PSOE, los diferentes órganos propuestos para las mismas funciones se denominaban en los proyectos sucesivos de manera distinta, lo que ocurría también en los proyectos ministeriales, que proponían además órganos de coordinación para funciones variables de unos proyectos a otros. Tal variabilidad

sugería una ausencia alarmante de criterios precisos acerca de los instrumentos de coordinación necesarios en un sistema descentralizado.

Pero además ninguna de las propuestas correspondientes a cualquiera de los proyectos examinados introducía novedad alguna en cuanto a la constitución de esas entidades respecto de los órganos o sistemas previstos ya en la Ley General de Sanidad, cuyo grado de efectividad había sido escaso. Constituir nuevos órganos, u órganos similares bajo una denominación diferente, sin prever qué habría que variar en su constitución para que pudieran resultar más efectivos en el cumplimiento de las funciones que se les adscribían en cada, parecía abocado a los mismos resultados que los obtenidos con los órganos y sistemas ya disponibles. El sistema de información, cuyos defectos de diseño y funcionamiento en especial para un sistema descentralizado han sido repetidamente comentados, puede ser un buen ejemplo negativo de todo ello.

5. En el caso del Consejo Interterritorial los proyectos previos analizados proponían ya una modificación en su composición, restringiendo la participación estatal a tan sólo dos miembros, frente a la participación de todas las CCAA, haciéndolo igual en esto a las “conferencias sectoriales” existentes en otros sectores, con resultados escasos.

Esta modificación tendría supuestamente efectos sobre el desarrollo por el Consejo de una dinámica de votaciones para adoptar decisiones, y proporcionar así a este órgano un carácter más ejecutivo, que se sigue demandando todavía.

Sin embargo, las limitaciones del Consejo para aplicar sus decisiones no tienen sobre todo que ver con la forma en que se adoptan éstas, sino con el hecho de que sólo resultan aplicables en cada territorio si se acepta así por el gobierno autonómico correspondiente, en tanto se considere que todas las cuestiones sanitarias son de su competencia “exclusiva”. En consecuencia, modificar la composición del Consejo sin introducir cambios en esta interpretación no añadía a dicho órgano ninguna garantía adicional de aplicabilidad de sus decisiones.

A la vez, resultaba poco adecuado convertir a un órgano “de consenso”, pero sin capacidad legal de aplicación de sus decisiones, en el “órgano superior del Sistema Nacional de Salud”, como se le calificaba en algunos de los proyectos, pues el Sistema se define en los términos ambiguos y carentes de carácter orgánico alguno a los que he hecho alusión al hablar de su concepción en la Ley General de Sanidad, el lugar en que el término se acuñó.

6. Otra característica de los proyectos analizados era que la cercanía de fondo entre los partidos mayoritarios sobre la coordinación sanitaria, que reflejan las observaciones anteriores, no propició en aquel momento una vía de acuerdo entre ellos para facilitar la promulgación de una norma, sobre cuyos términos podría fácilmente haberse pactado, dada la proximidad de las posiciones mantenidas. Esta situación sugiere que la presentación de los proyectos podría tener un carácter más instrumental, de justificación de la actividad propia, que responder al deseo de establecer mecanismos eficaces y eficientes de coordinación.

Por otra parte, el acuerdo de hecho existente en materia de coordinación sanitaria no se trasladaba a otras áreas, por lo que la inclusión de otras materias distintas a aquéllas en las que se daba esa proximidad de criterios en algunos de los proyectos presentados se utilizó incluso como justificación para no alcanzar el acuerdo en torno a ninguno de ellos. Un ejemplo de este extremo es que la introducción por el Partido Socialista en su proyecto debatido en el Congreso de ciertas cuestiones relacionadas con el carácter preferente del uso de los recursos públicos para mantener la cobertura sanitaria, así como con las condiciones exigibles a los medios privados para participar en la prestación, contribuyó a provocar el rechazo en el Congreso de la propuesta socialista por el Partido Popular.

7. Una última característica de los proyectos analizados era la deficiente calidad técnica de su elaboración. Esta afirmación se refiere al menos a dos condiciones comunes a todos esos proyectos: los textos, como he comentado, contenían para algunas materias concretas numerosas reproducciones parciales de normas previas; por otra parte, todos los proyectos analizados disponían de un régimen de derogación de normas previas impreciso y general.

Ambas circunstancias coinciden en contribuir a provocar una situación jurídica compleja, en la que resultaría de difícil valoración cuáles son las normas que resultan de aplicación en cada caso. Convertir en motivo de interpretaciones difíciles qué normas resulten aplicables en cada caso en materia de coordinación no contribuye precisamente a facilitar esta función.

1.2) El desarrollo de la Ley.

De cara a la tramitación de una norma sobre la coordinación sanitaria, la renovación en la titularidad del Ministerio de Sanidad en Junio de 2002 supuso un cambio importante. En las observaciones siguientes, en las que se alude a las características del nuevo texto tramitado como proyecto bajo el título de referencia, se

analiza la naturaleza de ese cambio. A la luz de los análisis que se llevan a cabo, el mismo parece que afectó más a las formas que al contenido real y el desarrollo efectivo de criterios e instrumentos eficaces de coordinación en el Sistema Nacional de Salud.

Cuadro 20. Comparación entre proyectos de leyes de coordinación.

Proyectos previos	Proyecto de Ley de Cohesión
Amplia coincidencia en contenidos de proyectos entre sí y con la Ley General de Sanidad	Innovación completa de textos, con contenidos similares a proyectos previos
Acuerdo entre partidos mayoritarios en contenidos de norma, sin acuerdo para su promulgación	Aceptación general de enmiendas de partidos de oposición por parte del Gobierno y dado casi unánime a proyecto
Referencia a Seguridad Social como título de acceso a competencia en asistencia sanitaria	Ausencia de referencia a Seguridad Social en proyecto inicial del Gobierno
Coincidencia en interpretación de coordinación como cooperación e implicación de CCAA en tareas propias del Estado, y falta de referencias a financiación como instrumento de coordinación	Criterios iguales sobre coordinación y subordinación de coordinación a sistema de financiación
Ausencia de novedades en constitución de órganos de coordinación	Ausencia de innovaciones en constitución de órganos de coordinación
Consejo Interterritorial: varía composición, pero no capacidad de decisión	Consejo Interterritorial: varía composición, pero no capacidad de decisión
Deficiente calidad técnica: reproducción parcial de normas previas y régimen derogatorio impreciso	Deficiente calidad técnica: lenguaje poco jurídico y deficiente régimen de derogación de normas previas
Ausencia de acuerdo en criterios generales sobre sistema sanitario público distintos a coordinación	Introducción de criterios generales sobre condiciones de sistema sanitario público, sin mecanismos de control de su mantenimiento Deslizamiento hacia CCAA de responsabilidad de garantía de derecho a protección de la salud

En el cuadro anterior se resumen las características más importantes del proyecto de Ley de Cohesión en relación con la consideración de los mismos aspectos en proyectos previos. Una descripción pormenorizada de esas cuestiones se lleva a cabo a continuación. En apartados posteriores se describe la tramitación del proyecto en el Congreso y el Senado, las modificaciones que se introdujeron en el texto original del proyecto en cada uno de esos pasos y el texto final de la norma, que a día de hoy permanece todavía en vigor. En todo ello se sigue de manera casi literal el análisis que sobre estas cuestiones llevé a cabo poco después de la aprobación de la Ley en el artículo publicado en la RAS (Rey del Castillo, 2003 c), dado que la aplicación y el desarrollo posterior de la norma hasta la actualidad no ha ofrecido razones que pudieran justificar cambios en el análisis realizado en aquel momento, ni tampoco en su valoración.

1.2.1) El proyecto de ley de diciembre de 2002

1. Desde el punto de vista formal, el nuevo texto presentado por el Gobierno para su debate (acelerado) en el Congreso en Diciembre de 2002, a diferencia de los proyectos previos que se han comentado, supuso una innovación completa de los textos, tanto con respecto a esos proyectos previos como a otras normas anteriores, incluida la Ley General de Sanidad. Esa innovación pareció ponerse al servicio de un deseo expreso de diferenciación respecto de la etapa ministerial anterior, cuyos proyectos habrían quedado, así, suprimidos.

Sin embargo, tal innovación formal fué el soporte del mantenimiento de criterios idénticos respecto al ámbito y las actuaciones de coordinación que los contenidos en proyectos y normas anteriores, sin introducir respecto a ellos ningún cambio de fondo.

Esa ausencia de nuevos planteamientos en cuanto a la coordinación sanitaria (cuya posibilidad de establecimiento a través de una Ley, por otra parte, se puede poner en cuestión por las razones comentadas anteriormente) hacía que la norma pudiera considerarse de nuevo innecesaria: la práctica totalidad de lo que el proyecto de Ley desarrollaba podría haberse desarrollado sin necesidad de una nueva norma, al amparo de las normas todavía en vigor.

2. Pese a ello, el proyecto presentado no era trivial en sus efectos. Alguna de sus omisiones, de manera destacada la ausencia de referencia a la Ley General de Seguridad Social como base legal para el dictado de la norma, consolidaba legalmente el “deslizamiento” producido en la interpretación de las competencias en asistencia sanitaria, reduciendo ésta al ámbito de la “sanidad e higiene” y restringiendo, en consecuencia, la capacidad de intervención de la Administración General del Estado y el ámbito de la coordinación, conforme a lo descrito en otros apartados anteriores.

3. El proyecto era también continuista respecto a los proyectos previos en la reducción del concepto de coordinación a la cooperación entre las administraciones sanitarias. Esta reducción tenía un reflejo explícito en la terminología utilizada en el texto, que eliminaba cualquier referencia a la coordinación como forma de colaboración impuesta coactivamente por razones de interés general. Por otra parte, adoptaba también el carácter de cesión de la competencia estatal de coordinación a las Comunidades Autónomas, al constituir el Consejo Interterritorial como órgano de cooperación entre el Estado y aquéllas, eliminando otras posibilidades de actuación que estaban presentes en proyectos previos, en los que se diferenciaban las actuaciones del Consejo

Interterritorial en función del ámbito competencial (Sanidad, o Seguridad Social para el caso de la asistencia sanitaria) en el que se produjesen.

4. Tampoco suponía ninguna innovación con respecto a la constitución de los órganos de coordinación. Como en los proyectos anteriores, las innovaciones se referían al número y la denominación de los instrumentos de coordinación (agencias, observatorios...) que se proponían, pero no a su constitución, con los efectos previsibles sobre los nuevos órganos que se constituyesen, cuyos resultados serán así previsiblemente semejantes a los obtenidos con los instrumentos ya existentes.

En cuanto al Consejo Interterritorial, salvo algunas variaciones formales (se creaba una Comisión delegada, órgano de segundo nivel para facilitar la función del Pleno; se trataba de un órgano cuya creación se había barajado ya en otros intentos de reforma del propio Consejo, en 1992) se repetían en el proyecto los cambios en su composición que ya estaban previstos en los proyectos previos, manteniendo igualmente el carácter de sus “decisiones”, “por consenso”.

5. El proyecto subordinaba la coordinación sanitaria a las condiciones del sistema de financiación, y no a la inversa. En este sentido, ratificaba (artículo 10) que *“las prestaciones sanitarias son responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas”* y que *“la suficiencia para la financiación de las prestaciones y garantías recogidas en esta Ley viene determinada por los recursos asignados a las CC.AA. conforme a lo establecido”* en las leyes que regulan la financiación. Estas declaraciones suponían el reconocimiento más expreso de que la prioridad la ejercía el sistema de financiación establecido.

Por otra parte, el proyecto inicial del Gobierno no preveía ninguna modificación de la cuantía ni el destino de los fondos previstos para ejercer desde la Administración General de Estado ciertas funciones de reequilibrio de las insuficiencias financieras que pudieran presentar el sistema de financiación autonómica. Esos fondos eran: el denominado Fondo de Suficiencia, de carácter global (teóricamente destinado a cubrir la diferencia entre las necesidades de gasto de cada C.A. y su capacidad fiscal, pero cuya evolución en términos cuantitativos no se vinculaba a las diferencias entre ambos conceptos que puedan observarse, sino a la evolución en los ingresos estatales por tributos no cedidos a las CC.AA); y dos fondos específicos sanitarios, uno destinado a la financiación de un programa de ahorro en incapacidad temporal, y el llamado “Fondo de Cohesión Sanitaria”, que, sin embargo, sólo pretendía cubrir, con una dotación manifiestamente insuficiente, los desplazamientos de pacientes entre CC.AA.. (Hay que

señalar en todo caso que la utilización de ese fondo con esos fines suponía duplicar la financiación de esos conceptos, pues cada CA recibía financiación en función de su propia población con el fin de garantizar su atención, de manera que si ésta se llevaba a cabo por otra CA debería preverse alguna responsabilidad económica por la CA de origen).

El proyecto de Ley no preveía ninguna modificación de la utilización de esos fondos, para convertirlos en un instrumento de intervención estatal al servicio del mantenimiento de las condiciones de universalidad y equidad del sistema, como ocurre en otros países, como Canadá o Italia, con sistemas sanitarios descentralizados. Que esa falta de voluntad de cambio constituye una posición expresa lo demuestra el que, de manera simultánea con la presentación del proyecto de Ley, se aprobó un Real Decreto (el 1247/2002, de 3 de Diciembre), por el que se regulaba, sin introducir ningún cambio en la previsión del destino de esos fondos, la distribución de los recursos económicos que constituyen el Fondo de Cohesión.

6. El proyecto suponía un deslizamiento añadido en la responsabilidad de la garantía del derecho a la protección de la salud.

Atribuir a las CC.AA. la garantía de la cobertura sanitaria respecto a su propia población suponía romper la vinculación entre el derecho a la cobertura sanitaria y la ciudadanía estatal, y eliminar la posibilidad de la intervención de la Administración General del Estado cuando para el mantenimiento de la cobertura universal fuera preciso el desplazamiento de pacientes entre CC.AA., y especialmente si se producen problemas en los mismos.

Esta fragmentación de la responsabilidad de la cobertura sanitaria venía a unirse a la que de hecho ya existía por la existencia de ciertos regímenes de protección sanitaria diferentes para determinados colectivos (Muface, Mugeju e Isfas y otros sistemas “paralelos”, como las entidades colaboradoras de la Seguridad Social y algunos sistemas específicos de cobertura, como los de algunos grupos profesionales, entre ellos abogados, periodistas y otros), que ya se ha comentado.

7. El proyecto adolecía de la misma falta de calidad técnica de proyectos anteriores.

A los defectos de técnica jurídica apuntados respecto a proyectos previos, que

eran idénticos en este caso²⁸⁰, se unía aquí un lenguaje escasamente jurídico, que dificultaría la posterior aplicación de sus disposiciones.

La eliminación de las referencias a las materias relacionadas con la Seguridad Social podía hacer aún más compleja la aplicación de algunas de las disposiciones. Esto ocurría, por ejemplo, con las correspondientes a las prestaciones sanitarias. Aprobado el proyecto en los términos propuestos, lo que se regulaban en el mismo eran las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Quedarían aparte las que estaban definidas como prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en las normas correspondientes, Lo que podría provocar situaciones contradictorias de difícil solución, puesto que las prestaciones sanitarias están definidas como derechos personales en el ámbito de la Seguridad Social. La inclusión de las de Salud Pública (de naturaleza colectiva y soportadas hasta poco antes por otro sistema de financiación) entre las prestaciones a cubrir no hacía sino añadir un elemento más de confusión a la naturaleza de las prestaciones enumeradas.

Con independencia de esos aspectos formales, esta misma materia de las prestaciones sanitarias, que pretendían ser reguladas de manera pormenorizada, planteaba el problema acerca de la viabilidad técnica del proyecto en diferentes aspectos. A título de ejemplo, hay dudas razonables de que todas las técnicas y procedimientos sanitarios pudieran ser especificados y regulados mediante una norma en sistemas sanitarios del tipo de los Servicios Nacionales de Salud, en los que la prestación del servicio no está vinculada al pago por acto médico. Entrar en una definición expresa de cada uno de los procedimientos aplicables, ponerlos en relación con cada una de sus aplicaciones potenciales y valorar la casuística que se puede generar en torno a cada una, podía constituir a medio plazo un problema de imposible solución.

²⁸⁰ Los problemas de coincidencia de ciertas regulaciones contenidas en la nueva norma con lo regulado en otras normas previas sin disponer siquiera de un régimen derogatorio preciso y claro se acrecentaban en el nuevo texto como consecuencia de que en éste se incluían con extensión y precisión variables, además de las cuestiones relacionadas con la coordinación del sistema, otros muchos aspectos de éste (relativos a los principios generales del sistema sanitario, los derechos de los pacientes, el personal sanitario, los medicamentos, la investigación, las prestaciones o la salud pública) que estaban regulados previamente en otras normas específicas. Esta extensión del objeto de la norma más allá de su finalidad más específica, que seguía siendo la organización y funcionamiento del sistema sanitario en las nuevas condiciones de descentralización completa, era otra peculiaridad propia del nuevo texto frente a los proyectos previos. Cabe pensar que lo que ganaba en extensión lo perdía en calidad y precisión al abordar cada materia, a la vez que dificultaba la discusión de cada tema, que podía tener muchos más aspectos que los que se tocaban en el texto.

1.2.2) Los cambios introducidos en el proyecto durante su tramitación, y la evolución a un “proyecto de consenso” en el Congreso.

El aspecto más llamativo del proyecto tramitado fué el grado de acuerdo que suscitó. El proyecto fué aprobado por el Pleno del Congreso, para su tramitación por el Senado, con el acuerdo de todos los grupos políticos, con la excepción de Coalición Canaria, que no veía adecuadamente reflejada en el texto su demanda de una mayor financiación (Ochoa, 2003 b).

El grado de acuerdo alcanzado fue motivo de numerosos comentarios favorables desde todos los ámbitos (El Global, 2003; Benito, 2003 a; El País, 2003 a), que destacaron el valor político de una norma que ha logrado un acuerdo casi unánime.

Ese alto grado de acuerdo podría ponerse en relación con la aceptación (acrítica) de un porcentaje muy elevado de las enmiendas parciales presentadas por los distintos grupos políticos al texto inicial del Gobierno, una vez que se desechó por aquéllos la presentación de enmiendas a la totalidad del mismo. Este cambio de actitud respecto a la que se mantuvo por parte del Ministerio de Sanidad anterior en la tramitación de proyectos previos resulta en todo caso destacable, y merece un comentario específico, que se desarrolla más adelante, sobre las razones y objetivos que podrían haber determinado esa transformación (El Observador, 2003).

Por otra parte, por los portavoces de distintos grupos políticos en la sesión en la que se aprobó el texto se consideró que se habían introducido en el mismo cambios muy sustanciales. Dado que éstos, en todo caso, fueron de carácter parcial, en forma de enmiendas a la redacción de artículos concretos, la estructura y características generales de la norma, su forma de redacción, y hasta su régimen derogatorio, se mantuvieron en los mismos términos del proyecto original del Gobierno.

A su vez, la consideración de los cambios introducidos en el Congreso en el proyecto del Gobierno puede servir para valorar el sentido del acuerdo alcanzado y, a través del mismo, qué grado de fiabilidad podría tener el texto acordado como vía de solución de los problemas de coordinación que afectan al Sistema Nacional de Salud. Esa consideración se lleva a cabo en los apartados siguientes, distinguiendo los aspectos cuantitativos y cualitativos de la valoración.

1. Desde el punto de vista cuantitativo se pueden describir las modificaciones introducidas en el Congreso, que se resumen en la tabla 39, de la siguiente manera:

-De los 14 apartados de que consta el preámbulo del texto se modificó sólo uno de ellos, mediante la introducción de una referencia genérica a la Ley General de la

Seguridad Social, que no se repetía en el resto del articulado y que, en consecuencia, tenía un mero carácter referencial, sin derivar de esa consideración las consecuencias que podrían y deberían deducirse de la misma en cada una de las materias tratadas.

- El proyecto de Ley pasó de 76 a 79 artículos, por la adición de 4 artículos nuevos, que suponían un 5,1% del total, y la supresión de otro. 3 de esos artículos se concentraban en el capítulo preliminar (“Disposiciones generales”) del texto, y se referían a “principios generales”, “titularidad de los derechos” y “derechos de los ciudadanos en el Sistema Nacional de Salud”. El restante se refería a la “descripción de organismos de apoyo y cooperación al Consejo” (Interterritorial).

Tabla 39. Cambios introducidos en la tramitación en el Congreso del proyecto de Ley de cohesión y calidad del Gobierno.

	Proyecto inicial	Dictamen del Congreso	Cambio (%)	Observaciones
Preámbulo (apartados)	14	14	0	Un apartado modificado introduce referencia genérica y Seguridad Social
Artículos (n.º)	76	79	3,95	Se añaden 4 artículos nuevos y se suprime 1
Artículos dictamen (nuevos)	–	4	5,1	
Artículos dictamen (sin modificaciones)	–	20	25,3	
Artículos dictamen (modificaciones puntuales)	–	39	49,4	39 artículos (49,5%) introducen referencia a participación o competencias de CCAA
Artículos dictamen (modificaciones amplias)	–	16	20,2	No alteran sentido de norma 6 (37,5%) se refieren a Consejo Interterritorial
Disposiciones adicionales	3	8	166,6	5 Disposiciones nuevas
Disposiciones transitorias	1	1	–	
Disposiciones derogatorias	1	1	–	
Disposiciones finales	5	5	–	1 disposición, modificaciones puntuales, y 1 modificación amplia

Los artículos citados correspondían a enmiendas al texto propuestas desde los partidos de la oposición (las primeras, propuestas por el PSOE, que recogía en muchas de sus enmiendas otras previas elaboradas por la UGT). En todo caso debe señalarse que los “principios” son de carácter declarativo más que ejecutivo. Por su parte, la definición de los titulares de los derechos no introducía ningún cambio respecto a la situación legal ya existente. A su vez, los “derechos” así definidos, no incluidos entre los derechos fundamentales ni en el ámbito de la Seguridad Social, no son exigibles ante

los tribunales de Justicia ni el Tribunal Constitucional, sino que su ejercicio, sin perjuicio de los recursos posibles frente a las decisiones administrativas correspondientes, se somete a lo que dispongan al respecto las Administraciones responsables de la organización de la atención sanitaria.

-16 artículos (un 20,2% del total) sufrieron una modificación proporcionalmente amplia de su redacción inicial, que en ningún caso alteró el sentido fundamental de ésta. 6 de esos artículos (el 37,5% de ellos) se referían a la organización y funciones del Consejo Interterritorial, que, sin embargo, tampoco cambiaba en sus aspectos fundamentales (su naturaleza jurídica y la capacidad ejecutiva de sus decisiones, en relación con las competencias de las Administraciones presentes en el mismo).

-39 de los 79 artículos del texto (un 49,4% de ellos) sufrieron pequeños cambios en su redacción, con la introducción de algunas palabras que no cambiaban el sentido del texto. En 23 de esos 39 casos (el 59% de ellos) la modificación suponía introducir de una u otra forma una referencia genérica al papel o las competencias de las CC.AA., que ya estaba presente en otros artículos del proyecto de Ley y que, en este caso, no se suprimió en ninguno de ellos.

- Finalmente, 20 artículos (un 25,3% del total) no sufrieron modificación alguna con las enmiendas introducidas en el texto inicial.

- En cuanto a las Disposiciones adicionales, transitoria, derogatoria y finales del proyecto, la modificación más importante fué el añadido de 5 nuevas Disposiciones adicionales, referidas a “la extensión de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud”, el “Fondo de Cohesión”, la “transferencia a las Comunidades autónomas de los servicios e instituciones sanitarias dependientes de Instituciones Penitenciarias”, la “cooperación al desarrollo sanitario” y los “Centros de Referencia”. Ninguna de ellas cambiaba los aspectos que resultaban fundamentales para el funcionamiento coordinado del Sistema Nacional de Salud.

Por su parte, 4 de las Disposiciones adicionales (tres de ellas nuevas), y una de las dos Disposiciones finales, incluyeron con las enmiendas distintas referencias a las competencias autonómicas, y a determinadas peculiaridades (financieras) de algunas de esas Administraciones.

El regimen derogatorio del proyecto no se modificó, manteniendo las características de generalidad y falta de precisión que se han comentado en un apartado anterior.

2. Desde el punto de vista cualitativo, las razones que se adujeron desde la oposición al Gobierno (Benito, 2003 a) para dar un apoyo casi unánime al proyecto con

las modificaciones introducidas, e incluso para comprometer que el Partido Socialista gobernaría con esta Ley de llegar al Gobierno (Rumí, 2003), se resumían en tres grandes áreas:

- el fortalecimiento de la naturaleza pública del Sistema Nacional de Salud,
- la ampliación del Fondo de Cohesión para garantizar la financiación de las nuevas prestaciones sanitarias, y para que permitiera introducir entre sus fines objetivos de corrección y eliminación de desigualdades,
- y, por último, la conversión del Consejo Interterritorial en el órgano de dirección y coordinación del Sistema.

El grado de novedad que suponen las modificaciones introducidas en el texto respecto de esas cuestiones se analiza a continuación.

a) La naturaleza pública y universal de la cobertura sanitaria formaba parte de los “principios generales” contenidos en el nuevo artículo 2 del texto. No había ninguna otra disposición que se refiera a esta cuestión en el resto de la norma, y no se hacía en ella mención alguna a los mecanismos a los que cabría recurrir, en su caso, para mantener el carácter público del Sistema en todos sus ámbitos.

En ese sentido, no es ocioso recordar que esta afirmación y delimitación del carácter público de las instituciones de nuestro sistema sanitario estaba ya contenida en el apartado 1 del artículo único de la Ley 15/97, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud.

No se trata de una cuestión banal. La importancia del mantenimiento del sistema sanitario en el ámbito público, como garantía de la prioridad del carácter de servicio público de la prestación sanitaria, frente a su consideración como una actividad económica y empresarial más, sometida como tal a las reglas de la competencia sin restricciones, fue puesta de relieve por algunas sentencias de aquel momento. Una de ellas, del Tribunal de Primera Instancia de las Comunidades Europeas, se produjo en una demanda presentada por la Federación española de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (Fenin) contra los Servicios autonómicos de Salud que mantenían deudas con las empresas²⁸¹. Otra en el mismo sentido se produjo en el Reino Unido (Pollock, 2003), uno de los países en los que se habían dado, conforme a lo descrito antes, más iniciativas para introducir niveles de competencia en el sistema sanitario como forma de mejorar su eficiencia.

²⁸¹ La sentencia, en el Asunto T-3109/99, es accesible en www.curia.eu.int/es/index.

Los peligros para los sistemas sanitarios públicos europeos que se derivaban de la privatización de su gestión venían siendo puestas de relieve desde hacía tiempo (Price, 1999; Lancet, 2000; Pollock, 2000). Por su parte, algunos autores (Busse, 2002; Mossialos, 2002 a) habían comenzado a llamar la atención sobre los riesgos para los sistemas públicos de protección sanitaria, en especial los del tipo de los Servicios Nacionales de Salud, que se derivaban de una aplicación indiscriminada a los mismos de los principios de libre mercado y competencia que han venido resultando prioritarios en el marco de construcción de la Unión Europea.

Frente a esos riesgos, debían y deben considerarse de un valor sólo relativo las meras declaraciones de principios, si éstas no se acompañan del diseño de medidas para garantizar su mantenimiento. En el caso de la Ley 15/1997, incluso aunque en ella la definición de los límites legales tuviera un carácter más ejecutivo que la declaración contenida en la nueva Ley, y aunque su incumplimiento podría más fácilmente ser objeto de recurso ante los tribunales, su vulneración no había dado lugar a actuación correctora alguna, como se ha descrito en el apartado II.8.a.1.3) anterior

Cabía, en consecuencia, dudar de la verdadera efectividad de la declaración añadida a la nueva Ley para mantener la naturaleza pública del Sistema, no sólo por la ausencia de previsión de mecanismos de control de su cumplimiento, sino también por la falta de consideración de la experiencia previa.

b) Con respecto a la financiación dirigida a la introducción de nuevas prestaciones y a la utilización del Fondo de Cohesión para corregir las desigualdades territoriales existentes en el sistema sanitario, las previsiones de uno y otro carácter adolecían de una falta absoluta de concreción de las cantidades que podrían comprometerse, así como de la ausencia de mecanismos previstos para resolver las diferencias de interpretación, y las demandas que se pudieran producir en torno a estos temas.

En cuanto a las nuevas prestaciones, además de mantener en los mismos términos que se han citado en el apartado anterior la responsabilidad económica de las administraciones autonómicas sobre las prestaciones, lo único que se preveía en un nuevo apartado del artículo 10 del proyecto es que *“la inclusión de una nueva prestación en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud se acompañará de una memoria económica que contenga la valoración del impacto positivo o negativo que pueda suponer. Dicha memoria se elevará al Consejo de Política Fiscal y Financiera para su análisis en el contexto del principio de lealtad*

institucional” (al que se hace referencia genérica en el apartado anterior del mismo artículo).

Por su parte, en lo que toca al Fondo de Cohesión (Disposición adicional Quinta, nueva), se establecía que *“según se determine reglamentariamente, realizará (también) políticas que aseguren la cohesión sanitaria y la corrección de desigualdades. Estas políticas se desarrollarán mediante planes integrales de salud, que tendrán en cuenta variables epidemiológicas y sociales que supongan una mayor necesidad de servicio”*. Nada se decía, ni siquiera para prever su modificación o derogación, del Reglamento del Fondo de Cohesión, recién aprobado en el mismo momento en que se presentó por el Gobierno el proyecto de Ley, en los primeros días del mes de Diciembre de 2002. Cabía también dudar de la efectividad de una referencia genérica a que la distribución de unas cantidades adicionales por ese concepto, que no se concretaban, debiera hacerse en razón de unos criterios de distribución que exigían un aparato estadístico desarrollado, del que nuestro sistema sanitario a todas luces carecía y carece.

Con respecto a las nuevas prestaciones, la previsión del proyecto no podía, a su vez, resultar más ambigua. No cabía albergar muchas dudas de que el conflicto con un órgano, el Consejo de Política Fiscal y Financiera, al que se le otorgaba capacidad de decisión en una política sanitaria concreta desde el poder económico (y cuyo criterio restrictivo al respecto había quedado ya de manifiesto en el diseño del sistema de financiación ya vigente), no tardaría en producirse, sin que se previeran tampoco mecanismos de solución para ello.

A esos efectos tampoco parecía solución para estas cuestiones la concesión de un gran margen de discrecionalidad en el uso de los recursos económicos puestos a disposición de las CC.AA. Los controles del uso de esos fondos en el ámbito autonómico (Tribunales de Cuentas; seguimiento presupuestario en los Parlamentos autonómicos), son de carácter formal y legal, y carecen de instrumentos de comparación que permitan valorar su eficiencia.

Sin embargo, el uso eficiente de los recursos es clave para garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en todos los países. Y el conocimiento y control público (“accountability”) del uso que se hace de la financiación puesta a disposición de las autoridades sanitarias es un elemento clave de contribución a su eficiencia. Por el contrario, el uso ineficiente de los recursos lleva de manera inexorable en un plazo más o menos largo a la necesidad de buscar fuentes complementarias de financiación, que suponen siempre el recurso a unas u otras formas de aportación

privada (que resultan en desigualdad en el acceso) por parte de los usuarios del sistema sanitario²⁸².

Por esas razones, en otros países descentralizados, como Canadá, se había propuesto en una fecha cercana (Romanow, 2002) dirigir la necesaria aportación de recursos adicionales al sistema sanitario a los nuevos instrumentos y prestaciones, causantes principales, en aquél como en otros países, del incremento del gasto sanitario. Pero vinculando esa aportación adicional (para cuya generación se proponía en Canadá la introducción de un impuesto finalista general y progresivo, según cuatro niveles distintos de renta) al control centralizado y público (en el sentido de la “accountability”) de su distribución y su utilización.

En el caso del proyecto consensuado, además de la falta de precisión de los mecanismos y la cuantía de las nuevas aportaciones económicas al sistema sanitario que pudieran producirse, el proyecto repetía el error (que había sido una constante de todos los sistemas de financiación sanitaria hasta entonces diseñados) de desvincular esas aportaciones adicionales posibles de la introducción de cualquier instrumento (siquiera el compromiso efectivo de mantener un sistema adecuado de información económica) que pudiera contribuir a mejorar la eficiencia y, por esa vía, la sostenibilidad económica de nuestro sistema sanitario.

c) Por último, en lo que se refiere al Consejo Interterritorial, desde el punto de vista cuantitativo se ha mencionado ya que los artículos y reglas correspondientes al mismo se habían modificado ampliamente, de manera que esos cambios suponían una parte importante de las modificaciones de carácter no puntual introducidas en el texto.

A esa observación habría que añadir que las modificaciones suponían también una notable ampliación de los artículos correspondientes desde el punto de vista de su extensión respecto de la que tenían en el proyecto inicial.

Esa mayor extensión suponía, entre otras cuestiones, un grado más alto de pormenorización de algunos de los contenidos correspondientes. Así, por ejemplo, al referirse a las funciones del Consejo, el nuevo texto incorporaba una sistemática de agrupación de las funciones en apartados generales más amplios, que ya existía en otros proyectos previos. Sin embargo, esa distribución de las funciones según conceptos

²⁸² Un ejemplo de esta evolución tras un proceso de descentralización semejante al español se ha producido ya en Italia: la Lombardía, una región de alto nivel de renta y un ritmo de crecimiento incontrolado del gasto sanitario, había introducido un “ticket moderador” a pagar por los que acuden a los servicios de urgencias (Matesanz, 2003).

generales del papel a desarrollar por este órgano²⁸³ no se correspondía, como ocurría en proyectos anteriores, con ninguna distinción entre las competencias que sustentaban la actividad de unas y otras administraciones en cada caso.

Como consecuencia de ello, se asumía de manera implícita que la extensión de las competencias era igual en todos los casos y, por otra parte, que esa extensión es la correspondiente a la materia de “Sanidad e higiene”. Esta interpretación limitada, traducida en norma, restringía, como he señalado, el campo de actuación propio de la Administración General del Estado, y suponía incluso mantener la atribución de algunas competencias propias de ésta, incluida la de la coordinación, o bien a las CC.AA. o al propio órgano de coordinación. En este último, aquéllas pasaban a disponer de una mayoría no discutida, y al mismo no se le dotaba, en todo caso, de ninguna personalidad jurídica específica ni, en consecuencia, de capacidad independiente y propia de actuación.

En lo que se refiere a la composición del Consejo, una de las modificaciones introducidas en el texto inicial incorporaba la figura de un Vicepresidente, elegido por los Consejeros autonómicos. Esta figura no estaba prevista en la Ley General de Sanidad, en la que se creó el Consejo, pero existía ya en el funcionamiento ordinario del mismo desde que por el propio Consejo se aprobó su Reglamento de regimen interior, en Abril de 1987. De esa manera, su incorporación al proyecto supone más la solución de una omisión del proyecto inicial que una innovación significativa.

Una segunda modificación en la composición del Consejo introducía la novedad de que el Secretario del mismo, que se preveía fuera designado por el Ministro de Sanidad y que tendría voz, pero no voto, condiciones ambas que ya figuraban en el proyecto inicial, debería ser ratificado por el Consejo, es decir, en la práctica, por las CC.AA., que eran la otra representación existente en el mismo, además del Ministro.

Fuera de esas novedades, el nuevo texto no introducía modificación sustancial alguna en el funcionamiento del Consejo, atribuyendo a este órgano la emisión de “*recomendaciones*”, que se seguirían aprobando “*por consenso*”. Qué hacer si no se alcanzaba éste escapaba a las previsiones del proyecto modificado, lo mismo que ocurría en el proyecto inicial. Lo que, dado el carácter ejecutivo de muchas de las materias que le correspondía abordar (en la práctica, la totalidad de las correspondientes

²⁸³ Las áreas que se definen son: 1) Funciones esenciales en la configuración del Sistema Nacional de Salud; 2) Funciones de asesoramiento, planificación y evaluación del SNS; 3) Funciones de coordinación del SNS, y 4) Funciones de cooperación entre el Estado y las CC.AA.

al funcionamiento ordinario del sistema sanitario) podría entenderse, o bien como un lastre innecesario para la fluidez del Sistema, o bien como una forma de mantener la ineficacia de este órgano para llevar a la práctica sus acuerdos, manteniendo indiscutida la capacidad de decisión autonómica para la aplicación territorial de los acuerdos que pudieran adoptarse. Es decir, una situación idéntica a la anterior.

En tal situación se hacía difícil de aceptar que la nueva Ley, con las modificaciones tan unánimemente apoyadas, permitiera caracterizar al Consejo como el “órgano de dirección” del Sistema Nacional de Salud. Por el contrario, parecía más bien que, aprobado el proyecto en esos términos, seguiría la situación de indefinición teórica y dispersión real que caracterizaba (y sigue caracterizando) la dirección del Sistema. Por esa razón, es dudoso que se pueda seguir concibiendo a éste como un solo sistema, sino, más bien y de manera progresiva, como diecisiete (y hasta veintiuno, si a los casos de Ceuta y Melilla añadimos las entidades gestoras de las Mutualidades de funcionarios) sistemas separados de protección.

1.2.3.- Las modificaciones del proyecto en el Senado.

El texto definitivo de la Ley de Cohesión y Calidad se alcanzó finalmente en el Senado, donde se introdujeron en el texto remitido desde el Congreso diferentes enmiendas, que fueron finalmente validadas por el Pleno del Congreso en una votación celebrada el 14 de mayo de 2003. Los cambios introducidos en el texto se analizan en los apartados siguientes.

1) Cambios no sustanciales frente al acuerdo previo alcanzado.

Frente a las numéricamente amplias modificaciones introducidas en el texto en el Congreso, las aprobadas en el Senado sólo afectaron a diez artículos del proyecto (un 12,65% de ellos), así como a una Disposición Final. Además, se añadieron una Disposición Adicional, una Derogatoria y otra Final. El sentido y la importancia de las mismas se analizan a continuación.

En todo caso, y como es habitual en la tramitación de la mayoría de las normas, con la reducida proporción de cambios introducidos cabría decir que el acuerdo político fundamental ya estaba cerrado en el Congreso.

Esta precaria aportación del Senado a la tramitación de una norma que debería recibir un tratamiento especial por esa cámara en relación con las materias a las que se refiere, con una proyección autonómica más directa, suponía un nuevo ejemplo de la necesidad de replantear la composición y funcionamiento de este órgano si se

pretendiera que contribuya a perfeccionar la representación territorial y el abordaje de las materias que más afectan a ésta en nuestro Estado autonómico.

2) El acuerdo alcanzado, de nuevo el aspecto político más relevante.

La aprobación casi unánime del texto se resaltó de nuevo como su aspecto más significativo por los medios de comunicación (Ochoa a, 2003). Lo mismo ocurrió después, cuando el nuevo texto fue a su vez ratificado por el Congreso (Benito, 2003 b).

Una de los escasos cambios introducidas en el texto en el Senado, el añadido de una referencia genérica al régimen económico y fiscal de Canarias en una nueva Disposición Adicional sin mayores efectos concretos, permitió que el acuerdo general con la norma se extendiese al Grupo Parlamentario de Coalición Canaria, el único que, como he señalado antes, no apoyó el texto en el Congreso en su primera discusión.

Un análisis más pormenorizado de los apoyos alcanzados por algunas de las modificaciones, precisamente las que menor relación tienen con el contenido propio de la Ley de Cohesión, permitiría señalar que en alguna de esas materias, la relacionada con ciertas políticas farmacéuticas, no se alcanzó el mismo grado de acuerdo. Pero esa cuestión sólo se resaltó por algunos medios de comunicación sectoriales, más afines a los intereses del propio sector (Rodríguez, 2003).

3) Una parte importante de las modificaciones introducidas en la Ley en el Senado se centraron en aspectos colaterales de la organización sanitaria, y no en el aspecto que debería ser el núcleo de una Ley sobre la cohesión sanitaria, que es la forma de hacer efectiva la coordinación de los servicios sanitarios autonómicos, una vez producida su descentralización.

De las cuestiones relacionadas con la coordinación, en los cambios introducidos en el texto sólo se tocaron aspectos que afectaban sólo de manera menor a aquélla, como una modificación de los mecanismos de designación de los servicios de referencia (artículo 28 del último texto), una adición de significación escasa a las funciones del Consejo Interterritorial (artículo 71), y ciertos cambios, cuyo sentido se comenta más adelante, acerca de los contenidos y actividades propios de la Alta Inspección (artículos 76 a 78).

Por el contrario, entre las modificaciones se incluyeron distintas referencias a las competencias y regulación de diferentes cuestiones relativas a materias farmacéuticas (artículos 31, 71b), y disposiciones Derogatoria segunda y Final segunda), entre las que se ha destacado la regulación de los precios de referencia y la dispensación de

medicamentos. También otras cuestiones referentes a recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud (artículos 35, 42 y 43), y la participación social (artículo 67).

La conveniencia de abordar en una norma que tenía otro objeto aspectos parciales de la regulación de cuestiones que disponen de una legislación específica, como son las relativas a farmacia o recursos humanos, se había puesto ya en cuestión en una nota anterior. En esos casos, la legislación suele constituir un todo dotado de coherencia propia, en el que la modificación de una pieza puede provocar desequilibrios y efectos no deseados en el conjunto del sector correspondiente, lo que puede ser el caso del sector farmacéutico; o, como en el caso de los recursos humanos, adelantar de manera inadecuada debates que están pendientes de llevarse a cabo en el desarrollo de normas posteriores, que, como es el caso, están en este momento en elaboración.

A esa observación general cabía añadir que la introducción de esas cuestiones de manera extemporánea al paso de la norma por el Senado dificultaba de forma adicional el debate adecuado de las medidas que puedan plantearse, a la vez que contribuía a crear confusión sobre la aplicación de las mismas, y desconcierto en el propio sector (El Global, 2003 b).

4) Las modificaciones introducidas en el Senado eran continuistas respecto al acuerdo previo en promover la participación de las CC.AA. en cualquier campo de actuación de las administraciones sanitarias como mecanismo de hacer efectiva la coordinación.

En al menos seis casos (en relación con servicios de referencia, definición de condiciones especiales de prescripción y dispensación de medicamentos en el SNS, planificación estratégica del sector farmacéutico, dependencia de la Comisión de Recursos Humanos y actuaciones de ésta en la evaluación de competencias profesionales, además de la referencia a ciertas condiciones de la financiación canaria) el resultado de los cambios introducidos, fuera en forma de eliminar la dependencia de determinados órganos del Ministerio de Sanidad y Consumo o de alguno de sus centros directivos, o de atribuir funciones a órganos, como el Consejo Interterritorial, en los que se había hecho mayoritaria la presencia de las CC.AA., era hacer equivalente la coordinación en esos campos a la participación y el acuerdo autonómicos. Estos casos iban a sumarse a los cambios introducidos en otros campos en el Congreso, a los que se ha hecho referencia antes. Con estas modificaciones parecía cerrarse aún más la posibilidad de intervención “autónoma” de la Administración General del Estado, incluso en funciones activas de coordinación.

5) Algunas de las modificaciones introducidas en el Senado eran de manera bastante exacta la reproducción de disposiciones contenidas en proyectos previos de leyes de coordinación, con lo que se reforzaba la consideración de la Ley como una norma continuista de proyectos previos, y no, por el contrario, como un proyecto innovador.

Entre los aspectos incluidos en esta consideración se encontraba la referencia al título competencial en Seguridad Social (artículo 149.1.17 de la Constitución Española) como base para el dictado de la norma. Esta referencia se introdujo en la nueva redacción dada a la disposición Final Primera del texto, y suponía recuperar la referencia a este título que, como he comentado, estaba presente en proyectos previos. Por el contrario, tal referencia estaba ausente en el proyecto inicial de la ley presentado por el Gobierno y, pese a que su introducción en esta última fase de la tramitación se hizo sobre la base de las enmiendas presentadas por los grupos parlamentarios en el Senado Socialista y de Entesa Catalana de Progrés, la misma, que registró un apoyo casi unánime (con sólo seis abstenciones) no formó parte del acuerdo alcanzado en el Congreso en la fase anterior.

Los otros cambios que tenían precedentes claros en proyectos previos eran los referentes a la Alta Inspección. Los textos referentes a esta materia, contenidos en los artículos 76 a 78 del nuevo texto, tenían antecedentes más o menos literales en diversas disposiciones de los proyectos anteriores, en especial en los del Ministerio anterior de Diciembre del 2001, y en los dos del PSOE que se han comentado, habiendo desaparecido, por el contrario, del texto del Ministerio de Mayo de 2002, cuyo contenido era en general más reducido y “minimalista”. La reproducción de los proyectos previos llegaba a los extremos de los mismos que podrían resultar más discutibles, como es la confusión que se introducía en el artículo 77 del texto entre funcionamiento de la Alta Inspección y programas coordinados de inspección técnica, dos conceptos jurídicamente distintos, que difícilmente podrían unirse en la práctica.

La introducción de estos cambios en el texto aprobado permitía poner en cuestión el objetivo real de la norma para el Ministerio de Sanidad y Consumo, dispuesto a aceptar cualquier enmienda, aún técnicamente discutible, con tal de conseguir el mayor grado de aprobación posible para el texto. O, en un sentido distinto, permitía preguntarse si la eliminación de la referencia a otras materias, como el título en Seguridad Social, en el proyecto inicial presentado respondió a un criterio deliberado de producir un cambio real en la distribución de las capacidades de actuación de unas y

otras administraciones en las materias sanitarias o, por el contrario, pudo responder al desconocimiento, querido o no, de esta cuestión.

6) La reintroducción de la referencia a la Seguridad Social como título habilitador para el dictado de la nueva norma volvió a situar la interpretación de este título como una cuestión central pendiente de resolver en nuestro sistema sanitario.

Las razones para justificar el papel central de esta cuestión, tanto desde el punto de vista de la protección ofrecida, como del control de su financiación, y de los mecanismos de coordinación aplicables, se han señalado en otros apartados anteriores de este texto.

En la tramitación del proyecto en el Senado se pusieron, además, de manifiesto algunas de las consecuencias que se pretendían deducir de algunas de las interpretaciones posibles: los partidos nacionalistas catalán, vasco y gallego presentaron enmiendas de contenido coincidente proponiendo la cesión del patrimonio sanitario de la Seguridad Social situado en cada uno de los territorios respectivos a las CC.AA. correspondientes. Aunque esas enmiendas al texto fueron rechazadas por razones de oportunidad, como puede contrastarse en las actas del debate en el Senado, a lo largo de éste se constató la “posición favorable” del partido del Gobierno y de éste mismo a la cesión patrimonial citada. Una posición no cerrada a este respecto se manifestó también en alguna ocasión de manera verbal por representantes económicos del Partido Socialista²⁸⁴, y se ha puesto también de manifiesto en otros momentos posteriores desde Cataluña, e incluso desde el Ministerio de Administraciones Públicas.

Las consecuencias potenciales de esa cesión patrimonial, que supondría la ruptura de la “caja única” en especie que constituye el patrimonio mencionado, sobre la utilización universal de esos medios para la atención de toda la población con derecho a la atención sanitaria, y sobre el control del uso de esos medios, no han sido sometidas nunca a debate. Pese a ello, las posiciones favorables a la cesión que se han puesto de manifiesto hacen temer que puedan adoptarse decisiones al respecto en el futuro, sin una adecuada discusión pública previa de esta cuestión.

7) Algunas de las enmiendas introducidas en el texto en el Senado se fueron a sumar a la situación de inseguridad jurídica creada por las deficiencias técnicas del proyecto, puesta ya de manifiesto en fases anteriores de su tramitación.

²⁸⁴ Así ocurrió, por ejemplo, en la intervención del representante del Partido Socialista que intervino en las Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias organizadas por la Confederación Sindical de Comisiones Obreras y la FADSP en la sede del Consejo Económico y Social en Abril de 2001 (Sevilla J, 2001).

Un ejemplo añadido de la modificación de normas previas anteriores en vigor que no se acompañó de un régimen derogatorio adecuado de las mismas lo constituye en este caso la modificación de la composición del Comité Consultivo, introducida en el artículo 67 del texto, de forma que en ella se daban las deficiencias citadas. La modificación correspondiente, que introducía un nuevo cambio sobre la composición de este órgano (que había sido a su vez modificada mediante otra norma, la Ley del Medicamento, de 1990, ajena también al área de materias en la que podría encuadrarse la participación social), no fue sometida siquiera a debate de los sectores implicados por el cambio. Lo que, además de los problemas jurídicos que podrían derivarse de las deficiencias de esa naturaleza señaladas, habla también del grado de improvisación que pudo presidir el desarrollo en la elaboración de la nueva Ley, en especial en las últimas fases de su tramitación.

1.2.4.- Una valoración general de la situación de la coordinación en el sistema sanitario público tras la aprobación de la Ley de Cohesión.

La valoración general del proyecto y la ley, a la vista de lo expuesto en los apartados anteriores, no fue positiva en su momento en cuanto a su eficacia real para resolver los problemas de coordinación que afectan al Sistema Nacional de Salud (Rey del Castillo, 2003 c). La evolución posterior no ha hecho sino confirmar esa valoración inicial.

Tal valoración negativa contrasta vivamente con el alto grado de acuerdo alcanzado en torno al proyecto, y con la valoración positiva del texto que se llevó a cabo en aquel momento desde ámbitos diferentes. Hay que señalar, en todo caso, que muchas de las valoraciones externas a quienes (los grupos parlamentarios de la casi totalidad de los partidos políticos con representación parlamentaria) protagonizaron el acuerdo para la aprobación de la nueva Ley, tuvieron como base principal precisamente el grado de acuerdo alcanzado, sin entrar tanto a valorar en profundidad los contenidos del mismo, los problemas de coordinación que debería resolver, y su (in)eficacia previsible para contribuir a esa solución, a la vista de la caracterización de los problemas analizados.

Que el acuerdo alcanzado se considerase de un alto valor político en aquel momento no era extraño: el precedente más inmediato de una Ley sectorial, la llamada Ley de Calidad de la enseñanza, destacó en su momento por ser motivo de una amplia confrontación, tanto desde el punto de vista social como político; y fue objeto de recurso por parte de diferentes CC.AA. (El País, 2003 b y c).

El valor político del acuerdo en sí mismo fue también resaltado de manera espontánea desde el ámbito de la oposición del PSOE (Benito, 2003 a).

Y aún cabría añadir el valor político adicional que tuvo desarrollar con acuerdo una Ley de coordinación en un ámbito sectorial, cuando la falta de acuerdo por parte de las CC.AA. había hecho renunciar no hacía mucho al Gobierno anterior a un proyecto de ley de coordinación general, que era visto como una restricción objetiva de la capacidad y libertad de actuación de las Administraciones autonómicas (Aizpeolea, 2002).

Así las cosas, no parece difícil adivinar que el principal incentivo para el equipo ministerial que logró el apoyo del Gobierno a su proyecto fue la rentabilidad, en términos de valoración de su propia labor y de contribución a la imagen global del Gobierno, que pudo derivarse de la aprobación del proyecto con el alto nivel de acuerdo alcanzado. Que éste, y no la solución real de los problemas que debería haber contribuido a resolver, fuera su valor principal, explica también la actitud del Ministerio en su tramitación: el apoyo de la mayoría absoluta de los grupos parlamentarios se consiguió en buena parte por la aceptación general de un porcentaje muy amplio de enmiendas, incluso aunque de su aceptación, como se ha comentado antes, pudieran derivarse situaciones contradictorias, o incluso perjudiciales para el funcionamiento eficiente, y, por tanto, sostenible, del Sistema Nacional de Salud.

Por parte del primer partido de la oposición, su apoyo al proyecto fue coherente con la preocupación principal manifestada desde antes de que se comenzase la tramitación del proyecto, y también con la presentación de su propio proyecto de Ley de coordinación: conforme a lo manifestado por los responsables sectoriales socialistas, lo que debería garantizarse de manera prioritaria mediante la nueva norma era, como se ha mencionado anteriormente, el respeto, y hasta el refuerzo, de las competencias de las CC.AA (Benito, 2002 a y b).

Esa posición parece poco coherente con los problemas reales de coordinación que afectaban y afectan al Sistema Nacional de Salud: conforme a la experiencia propia y a la de otros países, el sistema sanitario, como servicio público universal y equitativo, parece poco sostenible sin un grado de intervención central, tanto en su funcionamiento como en su financiación; y la definición de esa intervención central, más que el refuerzo de la situación de las CC.AA. tras la descentralización producida, es lo que debería haber sido el objeto de una ley centrada en la coordinación.

Sin embargo, esa posición de partida permite explicar que, fuera de las razones formales proporcionadas para justificar el apoyo al proyecto que se han comentado antes, se produjera el alto grado de acuerdo con el mismo que se ha puesto de manifiesto: como he mencionado, la introducción de referencias a las CC.AA. en numerosos artículos del proyecto centró un alto porcentaje de las modificaciones introducidas en el texto inicial del Gobierno.

Por otra parte, que las preocupaciones principales del Partido Socialista se centrasen en el respeto a las competencias autonómicas (e incluso en la interpretación extensiva de las mismas que he comentado) pone a su vez de relieve la carencia de posiciones propias acerca del sostenimiento y desarrollo de esta parte del Estado del Bienestar que han caracterizado la actuación de ese partido en este campo. Si el servicio sanitario público no se originó ni es sostenible como una prestación de nivel exclusivamente regional, sino que, por el contrario, se configura como una prestación de nivel estatal, e incluso, como ocurre en otros países, puede constituirse en un elemento de agregación a nivel del Estado, la política para con este servicio de cualquier partido que comparta esa visión del problema no puede reducirse a ser la suma de las posiciones de los sectores del propio partido que ejerzan responsabilidades de gobierno en alguna región. Sin embargo, eso es lo que pareció haber ocurrido en el caso del Partido Socialista. Por su parte, las posiciones de las federaciones regionales que gobernaban en aquel momento en su territorio estaban naturalmente guiadas por intereses prioritarios o, al menos, complementarios, distintos al mantenimiento de un servicio público universal y común.

La carencia de posiciones propias y diferentes a las del Gobierno respecto a los servicios sanitarios por parte del Partido Socialista fue también la expresión de un enfoque común que, como se ha comentado, da prioridad a la consideración económica de los servicios sanitarios como un factor determinante de una parte importante del gasto público, antes que a su valoración como instrumento universal de protección social y de cohesión.

Finalmente, por parte de las CC.AA. y de algunos partidos que sustentaban a un solo gobierno autonómico, el apoyo al proyecto, más aún con las modificaciones introducidas en el mismo, es comprensible: en el texto acordado no sólo no se puso en cuestión el ejercicio de sus actuaciones en el ámbito sanitario, extendiendo éstas conforme a la línea de interpretación de las competencias sanitarias descrita, sino que se

reforzó esa línea de interpretación mediante una referencia repetida a las CC.AA. como ámbito exclusivo de ejercicio de la protección sanitaria.

Por su parte, la mención a la posibilidad de introducir desde el Gobierno central cantidades adicionales a la financiación sanitaria, aunque no se cuantificaran ni se concretaran éstas, supuso la primera llamada de atención sobre la insuficiencia de la financiación sanitaria regional establecida en el sistema de financiación acordado para mantener la protección sanitaria al nivel existente, y más aún para ampliar éste. Lo que, si no se acompañaba, como ocurre en el proyecto, de una puesta en cuestión de los mecanismos de información pública del uso de la financiación destinada a la atención sanitaria por las CC.AA., suponía en último término un primer paso para ir abriendo el camino a la posibilidad de un aumento de los fondos disponibles para su utilización por parte de aquéllas.

A la vista de esas observaciones, el acuerdo casi unánime alcanzado sobre el texto de Ley de Cohesión pareció más bien un acuerdo de mínimos para mantener las cosas como estaban, sin decantarse por ninguna de las opciones posibles ante los problemas de configuración del Sistema Nacional de Salud en la nueva situación de descentralización completa de su gestión.

Los problemas de coordinación que planteaba esa situación (desde la garantía de libre circulación de pacientes entre territorios distintos, a la definición de un nivel de prestaciones básicamente homogéneo y la garantía de su prestación con niveles de calidad similares; los diferentes niveles de gasto y su relación con los distintos grados de eficiencia en la gestión; así como las necesidades y capacidades regionales diversas de mayores niveles de financiación) no fueron resueltos con la norma analizada, pese al alto nivel de consenso y apoyo alcanzados para su aprobación (o quizás porque el consenso alcanzado se obtuvo en detrimento de la eficacia de las medidas adoptadas, susceptibles de diferente interpretación) y siguen permaneciendo en la misma situación, con el agravamiento derivado del paso del tiempo sin haber logrado su solución.

A este respecto, cabe poner en cuestión que el sistema sanitario público, en relación con el grado de descentralización alcanzado por su descentralización, esté dotado de mecanismos “naturales” de equilibrio (el estar afectado por unos mismos problemas en cualquier territorio; la tendencia a aplicar soluciones semejantes a los mismos; la tradición de funcionamiento del Consejo Interterritorial como instrumento de coordinación; y la presión social derivada de un supuesto bajo grado de tolerancia a la desigualdad en este campo) que permitan augurar el mantenimiento de un grado

elevado de cohesión sin necesidad de tener que recurrir a otros instrumentos sustancialmente distintos de los disponibles hasta ahora, como se planteó ya al poco de la publicación de esta ley (García Vargas, 2003).

Por el contrario, algunas situaciones recientes, como la aprobación del nuevo modelo de financiación autonómica que incluye la sanitaria, han puesto de manifiesto la tendencia, en éste como en otros campos, a potenciar la interpretación del ejercicio de sus competencias por las CCAA en un sentido que es más confederal que federal, lo que es especialmente manifiesto en el caso del País Vasco (Blas Guerrero, 2009) y Cataluña (Gil Calvo, 2009), con una marcada inclinación a reducir la utilización de instrumentos comunes dependientes de la AGE que cumplan con el papel de mantener la cohesión, y el uso de una terminología tendente a la confusión²⁸⁵. Una tendencia que se hace también presente en servicios públicos que aspiran a ser universales, como los sanitarios.

Otras situaciones también recientes pueden propiciar una interpretación igualmente engañosa. Ocurre así, por ejemplo, con las actitudes puestas de manifiesto con motivo de la reciente epidemia de gripe A, cuyas posibilidades de extensión para el pasado otoño apuntaban todas las previsiones. Algunos titulares recogidos de la prensa diaria incluyeron expresiones como “*Cataluña plantea un modelo de gestión federal para la gripe A. Propone que las decisiones del Consejo Interterritorial sean vinculantes*” (El País 2009); ó “*Máxima cohesión entre Sanidad y las CCAA para coordinar las actuaciones frente a la gripe A*” (Acta sanitaria, 2009a).

El papel a desarrollar por la AGE, y no por el Consejo Interterritorial, en las crisis sanitarias se definió ya en la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de medidas especiales en materia de Salud Pública, aprobada, como he indicado, de manera simultánea a la de la Ley General de Sanidad. Cuestión diferente es la coordinación de las medidas en el campo de la asistencia sanitaria que convenga adoptar para afrontar la situación que se pueda dar. Medidas que, en todo caso, deberán ser adaptadas por cada CA a su ámbito de gestión para ordenar la asistencia en su territorio, y para las que, por otra parte, no hay habilitación legal alguna, como he venido repitiendo a lo largo del

²⁸⁵ Se puede ver a este respecto, por ejemplo, el artículo de la consejera catalana Marina Geli (Geli, 2009), titulado “*El modelo sanitario federal es el más eficaz*”, donde el término aplicado resulta contradictorio con los contenidos propuestos para el mismo, que abundan en ampliar el papel de las CCAA como únicas actoras del Sistema y rechazar cualquier intervención de la AGE que pudiera proponerse como un modelo rechazable de “recentralización”. También Bacigalupo (2010), en el que se puede leer que “*en el actual debate sobre el modelo de Estado se defienden cada vez más planteamientos que, pese a presentarse bajo una etiqueta federal, responden en realidad a concepciones inequívocamente confederales ...*”.

análisis de la vigente Ley de cohesión, para que las recomendaciones adoptadas por el CISNS se hagan obligatorias para cualquier servicio autonómico de salud.

Repetir las mismas demandas de ejecución obligada de los acuerdos del CISNS por las CCAA parece la mejor expresión de ignorancia, deliberada o no, de las limitaciones de la Ley que se aprobó en su momento, por otra parte acordes con el momento en que se aprobó y la interpretación competencial bajo la que se adoptó. Mientras esta ley esté vigente no es posible en ningún caso la aplicación de medidas coercitivas para obligar al cumplimiento de las recomendaciones que pudieran adoptarse en el órgano citado, por más que se repita la demanda de esta medida en ocasiones puntuales por interlocutores diversos²⁸⁶. Y en la situación de ejercicio e interpretación de las competencias sanitarias traspasadas que se viene dando, ni siquiera es posible su aplicación previa una modificación de esta norma y el dictado de otra en el sentido indicado, puesto que la nueva resultaría a su vez de aplicación “elástica” por parte de las CCAA según cada situación lo hiciera recomendable o no para sus propios intereses, que son en todo caso y de manera preferente habitual los de su autogestión sin ningún otro control.

De la misma manera, y en relación con las mismas medidas propuestas en fecha reciente, se puede destacar que el instrumento que parece haber facilitado la actitud de colaboración de las CCAA en relación con esta epidemia (cuya estimación de su importancia sanitaria y de las medidas adoptadas para su declaración y control deberán ser objeto de un análisis posterior) no es otro que el compromiso de la AGE para adelantar el pago de los productos de tratamiento más o menos específico y las vacunas disponibles para afrontar la situación, sin perjuicio de su posterior compensación por las CCAA conforme a su distribución y utilización. Un compromiso que trae de nuevo a la palestra la posibilidad, soslayada en la misma norma analizada, de utilizar mecanismos de financiación condicionada en este ámbito como único instrumento eficaz de garantizar la actuación coordinada de las CCAA.

c.2) Las normas sobre personal: la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS) y el Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud.

2.1) Los procesos de elaboración y aprobación de estas normas.

La descripción simultánea de estas normas obedece a varias razones.

²⁸⁶ Por utilizar una cita reciente se puede ver, por ejemplo: “*Lamata aboga por un órgano de decisión sanitaria compartida y vinculante*”. (Acta Sanitaria 2009 b).

En primer lugar, su promulgación en un plazo muy próximo, que hace obligado pensar que existiera un importante grado de coordinación entre ellas para dar lugar a una regulación al menos articulada en torno a orientaciones y principios no contradictorios, aunque cada una de ellas se refiriese a ámbitos diferentes: la primera al personal sanitario en general, y la segunda de manera específica al que tiene la condición de personal estatutario dentro del que desarrolla su labor en centros públicos.

La proximidad temporal es tal que la promulgación de las dos se llevó a cabo en el plazo de un mismo mes, entre el 22 de noviembre, en el que se publicó la primera en el BOE, la 44/2003, y el 17 de diciembre, cuando se publicó la segunda, que lleva el número 55/2003, siendo la fecha de cada una de ellas el día anterior al de su publicación.

Pero la coincidencia temporal no es la única. Ambas tienen también en común un desarrollo previo muy largo, aunque con proyectos y textos distintos.

En el caso del Estatuto marco citado, los antecedentes en forma de borradores ya elaborados se extienden hasta la segunda mitad de los años ochenta, en el período más inmediato al de la promulgación de la Ley General de Sanidad, en cuyo artículo 84 del texto original, luego derogado, se preveía ya una norma de este carácter, que debería afectar de manera limitada al mismo personal al que finalmente lo hizo en 2003.

Por su parte, textos elaborados como borradores de la norma conocida como LOPS se podían ya encontrar entre 1993 y 1994, bajo gobiernos del PSOE, circunstancia coincidente también con la de la norma anterior.

Eso quiere decir que las leyes citadas no constituyeron en ningún caso un proyecto original y propio del Gobierno del PP existente en este período. Por el contrario, tratándose de proyectos no originales, cuyo contenido, con independencia del grado de identidad final con textos previos, fue la resultante de posicionamientos y debates prolongados durante períodos tan largos como los descritos, dichas normas centraron tan sólo su originalidad en la decisión adoptada de hacer efectiva su promulgación, que por otra parte resultaba obligada desde hacía diecisiete años en el caso del Estatuto citado. Aunque su necesidad, una vez transcurrido ese plazo, al menos con los límites con que fue planteada en la norma de referencia, pudiera ponerse en cuestión. Cuestionamiento que se hizo de manera expresa por algunos grupos parlamentarios durante su tramitación, en especial los grupos nacionalistas; en este caso, aunque hubiera otras razones que pudieran justificarlo, por el carácter “básico”, es decir,

de seguimiento obligado en las normas relacionadas que se dictaran por cada una de las CCAA, que se le dio a ambas.

Tan largo plazo de incumplimiento previo puede dar idea del grado de (des)acuerdo que suscitaban los proyectos y textos anteriores que se habían manejado, que no superaron siquiera el necesario como para convertirse en proyecto de ley por ningún gobierno anterior. Sin embargo, conforme al análisis que se realiza a continuación, del apoyo parlamentario logrado por ambos textos no puede deducirse a la inversa de manera mecánica que los mismos constituyeran una contribución efectiva para la solución de los problemas del personal sanitario en general, y más en concreto de los propios del personal estatutario del SNS. De otro lado, el número de modificaciones, por parte del grupo parlamentario del propio Partido Popular principalmente, que sufrieron los proyectos en su tramitación parlamentaria, en especial el proyecto inicial de la LOPS presentado por el Ministerio de Sanidad, no habla de manera especial del rigor de ese proyecto inicial, y sí, por el contrario, podría sugerir una vez más el interés prioritario por obtener la aprobación de cualquier texto, antes de que por dotar a éste de determinados contenidos que pudiesen contribuir a resolver los problemas del personal sanitario dentro y fuera del SNS.

Probablemente la razón más determinante para la promulgación de ambas normas tuviera ante todo que ver con el deseo por parte de los gestores del Ministerio de Sanidad de aquel momento de diferenciarse de los anteriores gestores, fueran éstos del propio partido o del que se encontraba entonces en la oposición. A todos ellos se les venía exigiendo desde años atrás y desde ámbitos diferentes el cumplimiento de lo establecido a este respecto en la Ley General de Sanidad, que no había sido derogada, sin que ninguno de ellos hubiera sido capaz hasta entonces de dar salida a esa petición de resolver lo que se había convertido en apariencia en un nudo gordiano de imposible solución. En una línea semejante a la que he descrito en referencia a la Ley de cohesión, el principal objetivo de estas normas se podría considerar así que fue en sí mismo el de dar salida a esa situación. Un objetivo guiado ante todo por las repercusiones de índole principalmente personal y de prestigio político, al menos inmediato, para quien lo consiguiera, con independencia de la coherencia de la solución adoptada, y de la aportación que ésta hiciera para la mejora del funcionamiento del sistema sanitario y de su personal.

El plazo temporal de permanencia del Gobierno del PP tras la aprobación de estas normas fue de tan solo unos meses, lo que no dio pie a que se pudieran valorar por el mismo Gobierno los efectos siquiera más inmediatos de su aplicación.

Con respecto al apoyo parlamentario logrado por ambas normas, y refiriendo éste ante todo al Partido Socialista, hay que decir que en el caso de la LOPS este apoyo se tradujo en el voto favorable en el primer paso de la norma por el Congreso para 27 de los 50 artículos de los que constaba aquélla, además de para 5 de las 10 disposiciones adicionales, 5 de las 6 transitorias, y 1 de las 2 disposiciones finales. El texto fue posteriormente enmendado por el Senado, y en el cierre de la tramitación del mismo en el Congreso el PSOE votó a favor de 19 de las enmiendas aprobadas por el Senado, en contra de otras 3 y se abstuvo finalmente en otras dos.

Todo ello no impidió en todo caso que en la exposición final previa a las votaciones de estas enmiendas en el Congreso el portavoz socialista en esta Cámara, el diputado Sr. Arola, indicara que *“el trámite en el Senado no ha resuelto para nosotros ninguno de los desacuerdos que tenemos con esta ley, y quisiera resaltar este aspecto mas allá de ciertas correcciones de determinadas enmiendas que hemos apoyado. A pesar de lo dicho de estas enmiendas, debo añadir que esta ley no cuenta con el consenso ni con el respaldo del Grupo Parlamentario Socialista. Políticamente hablando, señorías, si hoy hubiera una votación de totalidad al dictamen, este sería el voto por parte del Grupo Parlamentario Socialista, claro y breve: no, no estamos de acuerdo con esta ley”*. Si merece la pena reproducir de manera literal estas palabras, por otra parte basadas en el desacuerdo con áreas concretas de la norma a las que se hace referencia al explicar los contenidos de ésta, es por ponerlas en contraste con las actitudes mantenidas por el Ministerio de Sanidad siguiente, del PSOE, cuando este partido pasó pocos meses después a ejercer el Gobierno de la nación.

Con respecto a la posición del Partido Socialista en la tramitación parlamentaria del Estatuto Marco, su posición inicial al primer paso por el Congreso fue la de la abstención respecto a todos sus artículos y disposiciones, con la única excepción de una enmienda transaccional pactada con el grupo de Izquierda Unida, que fue aprobada por el Pleno de la Cámara. El largo incumplimiento por parte de sus gobiernos anteriores de una previsión contenida en una norma básica promovida por el propio partido probablemente determinó la imposibilidad de adoptar una postura diferente. Con posterioridad, el PSOE votó a favor de 17 de las 18 enmiendas que se aprobaron por el

Senado (a doce artículos, 3 disposiciones adicionales y 2 transitorias), y sólo se abstuvo en la votación de la presentada al artículo 61 de la ley.

En este caso el mismo portavoz socialista, tras recordar que el Estatuto daba cumplimiento a un mandato recogido en la Ley General de Sanidad y rendir homenaje a quien había sido el impulsor de ésta, el ministro Ernest Lluch, que había sido asesinado por ETA, se limitó a felicitarse por el contenido de alguna de las enmiendas aprobadas por el Senado (especialmente a una que hacía referencia a la reserva de cupo para los discapacitados) y a señalar que *“han quedado problemas pendientes. Mi grupo cree que se podía haber hecho mejor...uno de los elementos fundamentales sería que esta ley hubiera tenido realmente una memoria económica...al no existir una partida presupuestaria, al no haber previsión económica, no es que uno vuelva a recordar aquello de yo invito y tú pagas, sino que nos volvemos a situar en el pretendido coste cero de algunas de las leyes que han venido a esta Cámara. Invocar la lealtad institucional de forma unilateral no es la mejor manera de aclarar el futuro que pueda tener esta ley. Una ley que, a pesar de todo, deja en el aire algunos elementos, como puedan ser los de jornada, que influyen e influirán directamente en la calidad que todos queremos del sistema, pero que influyen – desde nuestro punto de vista – negativamente tal y como viene aprobada la ley ”*. Tales posiciones no parecieron tampoco afectar mucho al ejercicio en estas materias por parte del inmediato gobierno socialista posterior.

2.2) Los contenidos de las normas.

Pese a la limitación de esas expresiones, las normas analizadas tocaban otros muchos aspectos con repercusiones potenciales importantes. Una descripción de la estructura de cada una de las normas citadas, con referencia a los contenidos de sus diferentes capítulos y títulos puede servir de primera aproximación a esa condición.

2.2.1) La LOPS.

La primera de ellas, la LOPS, se divide en su estructura definitiva en 6 Títulos, 50 artículos, 10 disposiciones adicionales, 6 transitorias, 1 derogatoria y dos finales.

El primero de los Títulos, de carácter general, lleva esta misma denominación de *“Normas generales”*, y consta de tres artículos. En ellos se divide al personal que desarrolla su actividad en el sector sanitario en dos grandes grupos. El primero de ellos, al que se refiere el artículo 2, se le incluye en la denominación de *“profesiones sanitarias tituladas”*, que pueden ser de nivel Licenciado o Diplomado. Para que una profesión esté incluida en ese grupo se le exige no sólo el nivel de conocimientos

requerido para la obtención de la titulación correspondiente, sino también, lo que se acompaña de la adición a la denominación de estas profesiones en el texto del artículo como “*reguladas*”, que “*esté(án) organizada(s) en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable*”²⁸⁷. Un segundo grupo, al que se refiere el artículo 3, es el formado por “*profesionales del área sanitaria de formación profesional*”.

El Título siguiente, que es el I en la estructura de la Ley, se denomina “*Del ejercicio de las profesiones sanitarias*”, y consta de ocho artículos. En ellos, además de recoger los principios generales que deben regir el ejercicio de cada una de las profesiones correspondientes, se enumeran las que tienen el carácter de profesiones sanitarias de cada nivel. Una de las disposiciones con mayores repercusiones de las contenidas en estos artículos es la contenida en el artículo 6.3, en la que se hace referencia a que “*Son también profesionales sanitarios de nivel Licenciado quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud establecido, conforme a lo previsto en el artículo 19.1 de esta Ley, para psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos u otros licenciados universitarios no incluídos en el número anterior. Estos profesionales desarrollarán las funciones que correspondan a su respectiva titulación, dentro del marco general establecido en el artículo 16.3 de esta Ley*”. A lo que en el número 4 del mismo artículo se añade a continuación que “*Cuando una actividad profesional sea declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada y regulada, con nivel de Licenciado, en la correspondiente norma se enunciarán las funciones que correspondan a la misma, dentro del marco general previsto en el apartado 1 de este artículo*”.

Otros artículos del mismo título se refieren a las “*Relaciones interprofesionales y trabajo en equipo*” (artículo 9; una referencia que podría considerarse contradictoria con la tendencia a establecer compartimentos estancos en el ejercicio profesional que parecen derivarse de las definiciones anteriores) y a la “*Gestión clínica en las organizaciones sanitarias*”(artículo 10; un término que, por más que estuviera a la

²⁸⁷ Esta referencia concreta a los colegios fue uno de los puntos concretos en los que el PSOE se opuso al texto propuesto por el Gobierno popular, que en todo caso logró la mayoría para su aprobación. Pese a esa postura manifestada en ese momento concreto, el Partido Socialista no ha mostrado desde la Transición ningún interés activo por la regulación de la colegiación de los sanitarios, ni siquiera para delimitar si para el ejercicio exclusivo en el ámbito público es o no necesaria la colegiación; esta adscripción resulta obligada por el momento como consecuencia tan sólo de la ausencia de modificación, que los tribunales han declarado posible en los límites de la Constitución, pero no hecha, de las normas preconstitucionales en vigor .

moda en la jerga sectorial, carece en la Ley de la definición y mayor precisión que parecerían necesarias para su aplicación con efectos legales).

El Título II se refiere a “*(De) la formación de las profesiones sanitarias*”. Es el único dividido en capítulos (cuatro en este caso), y con 25 artículos, el más extenso de la norma. Por su parte, cada uno de esos capítulos se refiere respectivamente a:

- las “*Normas generales*” (1 artículo muy genérico);

- la “*Formación pregraduada*” (2 artículos), uno de ellos dedicado a los conciertos entre las universidades y los servicios de salud, instituciones y centros sanitarios;

- el tercero, que reúne dieciocho artículos, a la “*Formación especializada en Ciencias de la Salud*”, lo que, además de regular las condiciones generales de acceso a esa formación, incluídas las relativas a una “*prueba o conjunto de pruebas que evaluará conocimientos teóricos y prácticos y las habilidades clínicas y comunicativas, así como una valoración de los méritos académicos y, en su caso, profesionales, de los aspirantes*”, incluye también la referencia a las Comisiones de docencia de los centros, a las Comisiones Nacionales de Especialidad, la posibilidad de constituir Comités de áreas de capacitación específica, así como al Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, de composición y actuación interprofesional entre todas aquéllas que dispongan de especialidades reconocidas, así como a la acreditación de centros para la formación especializada y la constitución de registros de especialistas;

- y el cuarto, con los cuatro artículos restantes, a la “*Formación continuada*”, para cuyo desarrollo se prevé en la norma la constitución de una Comisión específica, así como el establecimiento de sistemas de acreditación de los centros que vayan a impartirla, y la expedición de diplomas por su realización.

El Título III se refiere en tres artículos al “*desarrollo profesional y su reconocimiento*”, un terreno en el que se hace referencia hasta a cuatro grados de desarrollo posibles, cada uno de los cuales requerirán al menos de cinco años de ejercicio en el grado anterior. Las posibilidades del desarrollo profesional concebido en esos términos se abren a los profesionales sanitarios con nivel de titulación de licenciado o diplomado. Una disposición transitoria, la segunda, preveía que en un plazo de cuatro años a partir de la entrada en vigor de esa Ley “*deberán haberse iniciado los*

*procedimientos para su implantación en todas las profesiones sanitarias previstas... ”.*²⁸⁸

El Título IV, que tiene siete artículos, es el relativo al “*ejercicio privado de las profesiones sanitarias*”. Para éste se establecen un conjunto de reglas genéricas, entre las que se incluyen el establecimiento por cada entidad que mantenga contratos de prestación de servicios con sanitarios, y la obligación de suscripción por éstos de un seguro de responsabilidad, aval u otra forma de garantía financiera que cubra los daños que se puedan causar a personas en el ejercicio libre o por contrato con una entidad.

Del Título V, que en cuatro artículos se refiere a “*la participación de los profesionales*”, refiere ésta a la constitución de una “*Comisión Consultiva Profesional*”, formada por cuatro representantes del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y más de treinta representantes de todas las profesiones definidas como sanitarias de cualquier nivel de titulación, aunque en diferente proporción según éste. Su funcionamiento y funciones se definen en los dos últimos artículos del texto.

De las disposiciones adicionales destaca la primera, en la que se prevé la regulación mediante Real Decreto en un plazo no definido de “*la relación laboral de residencia*” para el desarrollo de la formación especializada o en áreas de capacitación específica. Por su parte, la disposición transitoria primera preveía una implantación “*progresiva durante los ocho años posteriores a la entrada en vigor de esta norma*” de un nuevo modelo de prueba de acceso a la formación sanitaria especializada a cuyas “nuevas” características sólo se hace la alusión general que he citado en un párrafo anterior.

A su vez, la segunda se refiere a la “*reserva de denominación*” de los títulos de especialista, áreas de capacitación e incluso de los grados del desarrollo profesional, de manera que, una vez homologados, cualquier otra denominación deberá evitar la confusión con los aceptados previamente.

Por su parte, la Disposición adicional décima toca de manera colateral la cuestión de la profesionalización en administración y gestión de los servicios sanitarios, al referirse a la “*dirección de centros sanitarios*” de manera general indicando que “*las*

²⁸⁸ La composición de los órganos, “*comisiones y consejos que tienen como misión garantizar los conocimientos de los profesionales y la correspondiente mejora de su cualificación*” en el ámbito de la formación continuada y el desarrollo profesional fue otro los objetos del desacuerdo limitado del PSOE con esta norma. El portavoz socialista en el debate de esta norma, el Sr. Blanco, atribuyó el desacuerdo a que “*la composición de estos organismos es mayoritariamente la representación de los mismos especialistas que se van a evaluar a ellos mismos corporativamente. No existe ningún agente externo, a excepción de la propia Administración*”.

Administraciones sanitarias establecerán los requisitos y los procedimientos para la selección, nombramiento o contratación del personal de dirección de los centros y establecimientos sanitarios dependientes de las mismas". La ausencia de mayores precisiones sobre los cuerpos de funcionarios sanitarios, que existía en borradores previos de normas similares, y la falta de desarrollo posterior de esa disposición, constituyeron de esa forma la base para el mantenimiento de las condiciones en que se encuentra la administración y la gestión de los servicios sanitarios, en sentido contrario a su profesionalización. El acceso a esas funciones, como explico en otros apartados de este texto, se encuentra mayoritariamente abierta a los profesionales de la asistencia sanitaria como consecuencia de una interpretación sesgada de la naturaleza de la relación estatutaria sostenida desde hace más de dos décadas, que constituye ese ámbito en una forma más de desarrollo profesional, en perjuicio del funcionamiento del propio sistema y en favor de la politización de su gestión.

2.2.2) El Estatuto Marco.

La redacción de esta norma, que se extiende a lo largo de 80 artículos, contiene referencias a las materias que son propias de cualquier norma estatutaria. Tras un primer capítulo de normas generales, el Estatuto Marco se refiere a:

- La clasificación del personal con arreglo a su titulación, la distinción del personal "de gestión y servicios", y las posibilidades de nombramiento de personal temporal (como interino o eventual) (capítulo II).

- La planificación y ordenación del personal (capítulo III).

- El conjunto de cuestiones que caracterizan la relación estatutaria, como los derechos y deberes (capítulo IV); la adquisición y pérdida de la condición de personal estatutario fijo (capítulo V) y la forma de acceder a esa condición mediante los sistemas de provisión de plazas, bien mediante selección o promoción interna (capítulo VI); la movilidad del personal (capítulo VII); la "carrera profesional" (capítulo VIII); las retribuciones (capítulo IX); la jornada de trabajo, permisos y licencias (capítulo X), las situaciones del personal (activo, excedencia y otras) (capítulo XI); el régimen disciplinario y su aplicación (capítulo XII); una remisión general a las normas específicas vigentes en materia de incompatibilidades, reguladas de manera específica para el personal sanitario en normas de carácter general dictadas desde ámbitos distintos al de los propios servicios de salud (capítulo XIII).

-Y, por último, una referencia a la representación de este personal y su participación en la negociación colectiva para la determinación de sus condiciones de trabajo (capítulo XIV).

Como característica general más importante de esta norma hay que destacar que la misma sólo resultaba aplicable al personal que ya antes de entrar en vigor la misma tenía la condición de personal “estatutario” del antiguo sistema sanitario de la Seguridad Social, que se venía rigiendo por cuatro estatutos diferentes aprobados en ese marco a lo largo de la década de los setenta del siglo anterior. Por el contrario, y pese al tiempo transcurrido desde la constitución formal del Sistema Nacional de Salud, no resultaba de aplicación a otras clases de personal que, a lo largo de los casi veinte años pasados desde entonces, se había ido integrando en el Sistema (por otra parte mal definido como tal), como consecuencia de los traspasos de los centros antes dependientes del INSALUD a CCAA que disponían o bien obtuvieron la cesión de centros de otra dependencia y naturaleza que entraron a formar parte de los mismos servicios autonómicos de salud, manteniendo, sin embargo, para su personal condiciones contractuales y de relación diferenciadas.

Se trataba, por tanto, en este caso, de la obtención de una especie de “denominador común” de esos cuatro estatutos previos ya existentes de manera limitada para los grupos de personal correspondiente, y no de un auténtico “Estatuto del personal del Sistema Nacional de Salud”.

Por otra parte, en relación con esa limitación, el Estatuto Marco aprobado ni siquiera supuso una definición precisa del carácter laboral o administrativo de la relación, uno de los caballos de batalla sostenidos desde la constitución del Sistema, que resulta central para abrir las puertas a formas distintas de organización e incentivación del personal, que encuentra en los “derechos adquiridos” a obtener las ventajas de la consideración que le resulte más favorable en cada caso su principal limitación.

2.3) Una valoración crítica de las normas relativas al personal dictadas.

Las consideraciones anteriores más inmediatas resultan aplicables al conjunto completo de las dos normas dictadas. Éstas no supusieron ningún cambio sustantivo real en las políticas que se venían aplicando desde años antes, que si no habían sido plasmadas en normas previamente es porque no había sido necesario hacerlo para llevar a cabo los desarrollos efectuados hasta entonces, similares, si no idénticos a los de las normas que se dictaron entonces.

Por otra parte, estas normas no abrieron nuevas y distintas líneas de solución a los problemas más importantes que se venían dando en lo relacionado con el personal sanitario en el Sistema.

Entre esos problemas se incluían (y se siguen incluyendo) la circulación del personal sanitario entre los distintos servicios de salud en condiciones de movilidad y a la vez estabilidad en el empleo que faciliten y estimulen su integración.

También la proliferación de formas contractuales y mecanismos de selección irregulares no contemplados en las normas, sin mecanismos de control que eviten su reproducción en las instituciones propias del sistema sanitario público: la pervivencia de “contratos de guardias” en los centros de una parte al menos de las CCAA demuestra el escaso valor de las normas dictadas para acabar con esa situación. Ésta grava de manera especial la de los nuevos profesionales, más que las condiciones contractuales durante su período de formación; un problema este último al que, sin embargo, se dio atención preferente en la LOPS y en su desarrollo posterior.

A esas condiciones hay que añadirle la dispersión en los mecanismos de contratación que ha supuesto la multiplicación de “nuevas formas de gestión” diferenciadas por ámbitos territoriales. O el escaso rigor en la aplicación de las incompatibilidades entre el ejercicio público y privado que ha caracterizado la actitud de la totalidad de las administraciones sanitarias, que facilita que en la solución de los problemas derivados del propio funcionamiento del Sistema, como las listas de espera, se recurra a los mismos profesionales del propio Sistema amparados bajo otras formas de relación.

Todo ello contribuye a dificultar una valoración y planificación adecuada de las necesidades de personal de diferentes cualificaciones, en una situación en la que las CCAA compiten por atraer a los profesionales más escasos, agravando la situación en aquellos territorios que por razones diversas ejercen una menor capacidad de atracción. La ausencia de cumplimiento de las precisiones establecidas para la constitución de registros de profesionales y especialistas resulta una contribución añadida a dificultar una planificación adecuada del personal sanitario.

Por otra parte, la inoperancia de las normas citadas queda también de manifiesto en la creación de diferentes órganos de participación en materia de personal que, si eran de utilidad dudosa de antemano a la vista de la estructura y funciones previstas para ellos, se pone aún más de relieve con la ausencia siquiera de su constitución (como es el caso de la Comisión Consultiva Profesional o la de Formación Continuada, previstas en

la LOPS) o su escasa operatividad posterior (caso del Foro Marco para el Diálogo Social previsto en el artículo 112 del Estatuto Marco). De hecho el único órgano que ha resultado operativo en materia de personal es la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, previsto en la previa Ley de Cohesión, aunque la misma tiene una composición y un sentido diferentes a los previstos para los órganos citados.

Si las normas comentadas no contribuyeron a resolver de manera significativa ninguno de los problemas reales que en materia de personal se planteaban en el Sistema Nacional de Salud, no se puede decir, sin embargo, a la inversa, que no contribuyeran a crear otros nuevos y añadidos:

-En el caso de la LOPS, se podría considerar a esta norma como el mejor vehículo para la consagración del traslado automático de las categorías docentes en materia de personal al interior del sistema sanitario. Una línea de actuación que ha sido puesta patas arriba poco tiempo después con la reorganización de la docencia universitaria aprobada en el llamado proceso de Bolonia, al trasladar a las condiciones organizativas y retributivas en el sistema sanitario los cambios en la titulación derivados del proceso anterior.

-La misma norma marcó una tendencia, que se mantiene, a parcelar el ejercicio sanitario en áreas de perfiles de actuación definidos en función de la misma titulación con reconocimiento académico, sea de definición de la profesión o de la especialidad correspondiente.

La puesta en cuestión de esta tendencia se puede hacer desde niveles distintos: en el caso de las especialidades médicas, las nuevas tecnologías abren y cierran de manera continua posibilidades diferentes de actuación sobre los mismos problemas sanitarios, una situación en la que definir territorios cerrados en función de la titulación de partida parece ofrecer un escaso horizonte. Por su parte, en el caso de la enfermería, una profesión que ha obtenido su reconocimiento como titulación de nivel superior como expertos en el “cuidado”, esa línea de reconocimiento académico no resulta contradictoria para la propia profesión con la defensa cerrada de puestos de trabajo en áreas concretas, como los laboratorios o los servicios de radiología, medicina nuclear u otros, frente a otras profesiones de nivel de titulación inferior, los técnicos de grado medio de las áreas correspondientes, en función de una sencilla actuación, la punción venosa, que se pretende convertir en exclusiva de una titulación antes de nivel medio, como lo era antes la enfermería, y ahora superior.

Mantener esa línea de definición de las funciones de distintos profesionales en el sistema en función de perfiles académicos de titulación no parece la mejor manera de adaptar su funcionamiento a las perspectivas de desarrollo social y tecnológico futuro.

-En la misma línea, cabe poner en cuestión la misma definición de “profesión sanitaria”, restringida a los límites a los que he hecho alusión más arriba.

La consecuencia del traslado de esa definición restringida al ámbito de las instituciones en las que se aplica el Estatuto Marco dio como consecuencia que titulados que disponen de titulaciones incluídas, por disponer de especialidades definidas dentro de la titulación, en el ámbito general de la definición, pero que carecen de especialidad específica que incluya el trabajo que desarrollan en el Sistema, resultasen excluidos de las categorías profesionales reservadas en el Sistema a los especialistas, con las consecuencias retributivas correspondientes.

Ocurrió así con los psicólogos que venían desempeñando sus funciones en el Sistema tras haber accedido a sus plazas de plantilla sin disponer de la formación PIR previa, siendo la “clínica” una rama de la formación básica; lo mismo con los biólogos dedicados a genética y embriología que venían desempeñando sus funciones, muchas de ellas cruciales para el desarrollo de determinadas actividades de desarrollo reciente, como la reproducción asistida, sin disponer de una especialidad específica para el desarrollo de las mismas en el ámbito de su titulación profesional. En esos casos, la aplicación de la Ley derivó en la modificación de sus condiciones contractuales y retributivas, pasando de ser considerados como “facultativos especialistas”, una categoría que exige la disposición del título de especialidad correspondiente, a hacerlo como “titulados superiores” no sanitarios.

Todo ello sirve de ejemplo de cómo no parece tampoco que en este caso la inclusión de una titulación como “sanitaria” en los términos establecidos por la Ley contribuya de manera valorable a la incorporación de los nuevos conocimientos y las nuevas técnicas por el Sistema y sí, por el contrario, a provocar dificultades burocráticas añadidas, que no mejoran tampoco el control del ejercicio profesional en el marco del sistema público por las autoridades sanitarias.

-En el caso del Estatuto Marco, considero que basta con la referencia a un asunto concreto y a las condiciones en que se alude al mismo en la norma para considerar el escaso valor de cara a configurar el desarrollo futuro del Sistema que tiene esa disposición. La cuestión a la que me refiero es la previsión establecida en el artículo 26.2 de ese texto indicando que *“la jubilación forzosa se declarará al cumplir el*

interesado la edad de 65 años”. Se trata de una previsión poco acorde con la escasez de personal médico que se ha aducido en fecha reciente en nuestro país, que, sin embargo, y como consecuencia de lo establecido en el artículo mencionado, ha provocado ya algunos conflictos en determinadas CCAA como consecuencia de la discrecionalidad con la que la propia norma permite su excepción.

El interés político por promulgar las normas citadas con una perspectiva temporal de desarrollo posterior tan escaso como el que se dio luego hay que ponerlo en el contexto de las expectativas electorales del PP cuando se promulgaron ambas. Unas expectativas que resultaron luego frustradas por razones extraordinarias ajenas al curso político que se seguía en aquel momento, en el que el Partido Socialista parecía carecer de propuestas alternativas que pudieran alterar la situación.

Que las expectativas al promover ambas normas fueran, en consecuencia, probablemente las de continuar su desarrollo en la misma línea en una fase postelectoral posterior, no impide, sin embargo, hacer la valoración de estas normas con los criterios que he utilizado. No impide tampoco llegar a la conclusión expuesta al principio de este apartado de que, a falta de que aportaciones novedosas para la solución de problemas y situaciones relacionadas con el personal que se venían dando desde mucho tiempo antes en el Sistema Nacional de Salud (y que se siguen dando después del desarrollo y la aplicación de esta normas, que continúan en vigor con los gobiernos posteriores del PSOE), las razones principales para la promulgación de ambas normas estuvieron ante todo relacionadas con motivos de prestigio personal y político de quien las promovió, con independencia de la coherencia y aportación a la mejora del funcionamiento real del Sistema que supusieran las medidas regulatorias adoptadas.

c.3) La modificación de la Ley sobre técnicas de reproducción asistida realizada por la Ley 45/2003.

La primera Ley española sobre técnicas de reproducción humana asistida data de 1988, y había sido promulgada por el segundo Gobierno socialista después de la Transición, aunque la iniciativa de su elaboración había partido de una comisión parlamentaria interpartidaria.

Pese a ser una iniciativa novedosa en el panorama legislativo internacional (de hecho esa Ley fue una de las primeras publicadas en cualquier país del mundo sobre

esta materia²⁸⁹), las peculiares circunstancias de su origen parlamentario la convirtieron en objeto de escasa atención por los gobiernos socialistas sucesivos. El resultado fue que las primeras normas para su desarrollo no se dictaron hasta 1986, ocho años después de la promulgación de la Ley y sólo tres meses antes de que el Gobierno socialista fuera sustituido por el primer Gobierno del PP.

Fue el primer Gobierno popular el que, en cumplimiento de la previsiones en ese sentido de la disposición socialista de nueve años antes, constituyó a finales de 1997 la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, un órgano de carácter asesor que, sin embargo, resultó el único instrumento útil para prestar alguna atención, siquiera a niveles mínimos, a un campo en el que durante aquellos años se abrieron posibilidades inéditas de desarrollo colateral.

Lo que se produjo en ese período no fue tanto el desarrollo de las técnicas de reproducción asistida en sí mismas, sino, a partir de las posibilidades abiertas por la mejora en el conocimiento del desarrollo embrionario, y de técnicas como la clonación, la apertura de nuevos campos abiertos a la investigación de nuevas terapias, incluida la utilización de las llamadas células “madre” o “troncales”, que inicialmente encontraron su vía principal de obtención a partir de las células de la “masa celular interna” embrionaria.

Los posicionamientos de la Comisión Nacional de Reproducción Asistida sobre la utilización con esos fines de embriones crioconservados derivados de las técnicas de reproducción asistida y no utilizados por distintas razones con los fines reproductivos originales, cuya acumulación en centros de reproducción asistida era una realidad no por mal cuantificada menos evidente, motivó la “congelación” de la Comisión durante largos períodos. La “congelación” llegó incluso a la ocultación de su segundo informe anual, que se refería a la investigación con embriones “sobrantes”, y a la constitución de una comisión “ad hoc” denominado “Comité Asesor de Ética en la Investigación Científica y Tecnológica”, de designación digital en el ámbito de una “Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología” creada en el Ministerio de la misma denominación que, pese a los intentos de manipulación de su trabajo, alcanzó

²⁸⁹ En otros países las primeras normas específicas sobre esta materia o conteniendo regulaciones relativas a las mismas se desarrollaron después de la norma española: en 1990 lo hicieron en Alemania y Reino Unido; un año después en Suiza. 1994 fue un año de amplio desarrollo de normas de estas características, que se promulgaron en Austria, China, Estados Unidos, Francia, Holanda, India o Noruega. Brasil lo hizo en 1995. La primera norma danesa es de 1997. La enumeración temporal no supone en todo caso coincidencia en los contenidos de las disposiciones relativas a materias concretas, sino sólo la existencia de una primera regulación, que luego se ha modificado en muchos casos, atendiendo a la experiencia del desarrollo y evolución de las propias técnicas.

conclusiones similares a las de la Comisión acallada; lo que motivó a su vez su “congelación” de hecho posterior.

La investigación con embriones se convirtió de esa manera en un ámbito de confrontación manifiesta entre el Partido Popular, por otra parte deseoso de evitar el enfrentamiento con las posiciones por completo negativas al respecto de la Iglesia católica, y la presión de los medios científicos españoles que trabajaban en ese campo, muy evidente ante la opinión pública, que no querían quedarse al margen de un área de investigación que parecía ofrecer amplias posibilidades de desarrollo posterior. Ni que decir tiene que el Partido Socialista se alineó de manera manifiesta con las posiciones de estos últimos, de manera que este terreno se convirtió en la práctica en el ámbito de confrontación más evidente en el terreno sanitario entre ambos partidos. Una oposición que contrastaba con la semejanza de las posiciones de unos y otros en los terrenos que he venido comentando en los apartados anteriores, relacionados más directamente con el funcionamiento de los servicios sanitarios, que se arrastraba desde años antes.

En el deseo de intentar el contenido simultáneo imposible de la Iglesia y los científicos se produjo la iniciativa legislativa del Gobierno popular que dio origen a la Ley 45/2003, de modificación de la ley de reproducción asistida anterior. La técnica utilizada no fue el dictado de una norma completa, sino la sustitución de determinados artículos de la misma por otros de nueva redacción, que pretendían dar una vía de solución al problema.

En esencia esa solución consistió en primer lugar en dejar abierta la posibilidad de utilizar con fines de investigación en la línea indicada los embriones crioconservados que estuvieran ya congelados antes de la entrada en vigor de la Ley que se demostrasen verdaderamente “sobrantes”, es decir, que no fuesen a ser utilizados en ningún caso para la reproducción de la propia pareja progenitora de los mismos ni tampoco para la de otras parejas. Para ello se debería contar con el consentimiento expreso de la pareja progenitora, que se debería obtener por un procedimiento específico sometido a una regulación posterior.

A la vez, la norma preveía una forma específica de limitación de la generación de nuevos embriones “sobrantes”, que evitase la reproducción del problema provocado por su acumulación. Para ello, en otro artículo se preveía la limitación a tres del número de ovocitos que se podrían someter a la fecundación in vitro, salvo excepciones en casos concretos, que se deberían regular también posteriormente, cuando estuviese clínicamente indicado para asegurar la obtención de un número más elevado de

embriones con objeto de mejorar las perspectivas reproductivas, una práctica clínica arraigada en los centros de reproducción.

Esta limitación se complementaba también con la establecida para el número de embriones a transferir en un mismo ciclo reproductivo, que no debía superar tampoco el número de tres, aunque hubiera sido mayor el número de embriones obtenidos por la fecundación de un número de ovocitos mayor en los casos en que estuviese indicado. Esta práctica, por su parte, sí coincidía con las tendencias en el ejercicio de las técnicas de reproducción asistida, que con su mejora eran ya capaces de obtener mejores resultados con la transferencia de un número menor de embriones, a la vez que evitaban con ello los riesgos asociados a los embarazos múltiples.

La norma, que tras una tramitación abigarrada en la que la Comisión Nacional de Reproducción Asistida sufrió importantes presiones para la emisión de un informe favorable, que incluyó en todo caso algunas matizaciones, fue finalmente publicada el 22 de noviembre de 2003.

La Iglesia católica no se pronunció sobre ella de manera expresa en sentido contrario, lo que constituyó por sí mismo un éxito relativo de un Gobierno que pretendía evitar en todo caso esa confrontación. Una postura sin duda alentada en parte por las expectativas de obtener una regulación de los aspectos pendientes que provocase una mayor dificultad real de su aplicación. Esa postura supuso en todo caso una renuncia relativa a plantear el debate en términos “esencialistas”, sobre la base de poner sobre cuestión la consideración del embrión como sujeto idéntico y de derechos iguales a los de la persona humana, conforme a la posición tradicional de la Iglesia católica.

Por parte de los sectores profesionales implicados en la aplicación de estas técnicas las posiciones más inmediatas se concentraron en la demanda de una regulación de los casos (las “*tipologías fisiopatológicas*”, en términos de la Ley) en los que se podría superar la limitación del número de ovocitos a fecundar, de manera que esa regulación tuviera un carácter suficientemente amplio como para que no se pudiera poner en cuestión la indicación de cada profesional en su práctica cotidiana.

La cercanía de las elecciones siguientes, celebradas menos de cuatro meses después de la promulgación de esta norma, hicieron que sus desarrollos siguientes, y su modificación posterior, fueran llevadas a cabo por el Gobierno de signo político contrario al del partido que la promulgó que le sucedió.

d) Los gobiernos socialistas desde Marzo de 2004.

Las elecciones del 14 de marzo de 2004 marcaron un cambio de rumbo en la política española que fue el resultado no tanto de la caducidad de la políticas generales del Partido Popular, que no tenían alternativas consolidadas en el Partido Socialista, sino ante todo de un error político muy concreto en la gestión de los atentados terroristas que tuvieron lugar el 11 de marzo. Ese error provocó tres días después un vuelco inesperado en las urnas generado por la desconfianza provocada por la actuación durante esos días del Gobierno en funciones.

Si la afirmación anterior puede ser objeto de debate por los analistas políticos y ya casi por los historiadores, desde el punto de vista sanitario considero que la carencia de alternativas por parte del Partido Socialista a las políticas desarrolladas por el Partido Popular en el terreno sanitario en los ocho años previos ha quedado suficientemente patente a lo largo de la exposición anterior referida a esos plazos.

Esa carencia de alternativas era el resultado de la ausencia de una elaboración de las políticas sanitarias en el seno del propio partido, que durante ese período se limitó a gestionar los servicios públicos sanitarios en las CCAA en las que de manera continua o transitoria desempeñó la responsabilidad del Gobierno correspondiente. Por otra parte, esa distribución de poderes lo situó en una posición permanente numéricamente minoritaria en el seno de las instituciones encargadas de la coordinación en el sistema sanitario, y de manera singular en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Lo mismo ocurrió en otros órganos de coordinación, entre los que cabe destacar el encargado de la definición de la financiación autonómica, el Consejo de Política Fiscal y Financiera; lo que en este caso tuvo consecuencias ya comentadas sobre la financiación recibida por tres CCAA socialistas, las de Andalucía, Castilla- La Mancha y Extremadura, antes de la definición de un nuevo sistema de financiación autonómica y la inclusión en el mismo de la financiación sanitaria que tuvo lugar en enero de 2002.

Esas carencias en la elaboración de políticas sanitarias propias por parte del Partido Socialista provocó que, ante la asunción de las responsabilidades de gobierno en 2004, el único órgano con capacidad de elaborar políticas en este terreno fuera el propio Ejecutivo; lo que convirtió en una cuestión central la designación de la persona responsable de las políticas sanitarias al frente de un Ministerio que conservó inicialmente la denominación de Sanidad y Consumo, cuya utilidad y continuidad consiguiente, dada la aparente actividad legislativa desarrollada, con independencia de

la calidad de las normas elaboradas, no había sido puesta en cuestión durante los mandatos populares.

Los nombramientos efectuados por el nuevo Presidente del Gobierno socialista para ese puesto han tenido como denominador común que las personas nombradas carecían de posición previa alguna ni interés demostrado en relación con los servicios sanitarios antes de su nombramiento. Esta circunstancia, que no sería significativa en sí misma en cualquier situación en la que por parte del partido que accedía al gobierno existiera una línea política definida en relación con los servicios sanitarios, se convirtió, por el contrario, en el determinante principal de la ausencia de políticas sanitarias definidas en los años transcurridos desde que el PSOE volvió al Gobierno en el momento y las condiciones indicadas²⁹⁰. A la vez constituye la mejor expresión del escaso interés del partido y del Gobierno por disponer de una posición clara en esta materia, quizás por considerar que, como se repite en cuanto aparece un informe en el que se valoran los servicios sanitarios españoles entre los mejores del mundo, una situación que se discute en otros informes cuyo contenido no se valora o se acalla, la situación de aquéllos está plenamente consolidada.

Por otra parte, a la búsqueda de denominadores comunes de las políticas desarrolladas bajo el mandato de las personas designadas para ejercer las máximas responsabilidades sanitarias durante este período cabría establecer también una línea de semejanza: ninguna de las políticas prioritarias llevadas a cabo en cada caso han tenido como objeto el terreno de los servicios sanitarios, lo que ha supuesto dejar al margen de manera más o menos explícita el papel que podría corresponder a la Administración General del Estado en la coordinación de los servicios de asistencia sanitaria y todas las políticas relacionadas con ello. Por el contrario, los desarrollos prioritarios se han centrado de manera preferente, con las variaciones propias de cada mandato, en el terreno de las políticas de salud en el sentido más amplio y en el de la investigación biomédica, una de las áreas que podrían considerarse que forman parte del “nuevo modelo productivo” al que se refiere repetidamente el Gobierno. Unas y otras, por otra parte, se han caracterizado además por hacer un especial hincapié en la repercusión mediática de cualquier proyecto o realización, como si su repercusión social a través de los medios garantizase por sí misma su corrección.

²⁹⁰ Se puede estimar además que esta situación se agrava aún más como consecuencia de la desprofesionalización progresiva y creciente que se ha venido produciendo en el ámbito de la administración y la gestión de los servicios sanitarios bajo los gobiernos de todos los tintes políticos, una cuestión a la que me refiero en diferentes apartados descriptivos y analíticos de este trabajo.

Esta deriva podría ponerse en relación con el cuestionamiento de la continuidad del Ministerio de Sanidad como tal que se ha empezado a plantear en los últimos años desde distintos ámbitos; un cuestionamiento que, iniciado por los partidos nacionalistas, que consideran las políticas sanitarias, incluídas las relativas a la atención sanitaria, como un terreno de competencia exclusiva, ha terminado por alcanzar y ser compartido por el principal grupo de oposición con posibilidades de gobierno, el Partido Popular.

En los apartados siguientes se hace una referencia más precisa a las principales actuaciones llevadas a cabo en los últimos mandatos ministeriales.

d.1) El primer mandato socialista de la segunda etapa (2004-2007).

Durante la casi totalidad de la primera legislatura socialista el Ministerio de Sanidad estuvo bajo la responsabilidad de Elena Salgado, una funcionaria de un cuerpo especial del Ministerio de Industria que había desempeñado altos cargos durante los gobiernos socialistas de la primera etapa en los Departamentos de Hacienda e Industria.

En el primero de ellos había participado desde la Dirección General de Costes de Personal en la elaboración del régimen retributivo que en la actualidad está vigente para los funcionarios, mientras que en el segundo su actividad se desarrolló en el sector de las telecomunicaciones, en el que desempeñó la Secretaría General, desde donde participó en la adjudicación de las licencias a los canales privados de televisión. Con posterioridad desempeñó la Dirección del Teatro Real, y, tras ser cesada en este último puesto tras la entrada en el Gobierno del PP, pasó al sector privado informático, donde permanecía en un puesto de segundo nivel cuando fue nombrada para las responsabilidades sanitarias. Una trayectoria que le atribuyó fama de “buena gestora”²⁹¹, que supuestamente habría justificado su nombramiento para la cartera sanitaria, cuyos problemas parecían caracterizarse con ello desde el Gobierno que la incluyó entre sus responsables como “de gestión”.

El análisis de las políticas y actuaciones legislativas concretas desarrolladas durante el plazo de su responsabilidad en el Departamento sanitario que se realiza a continuación debe en todo caso complementarse con la adición de un dato previo: durante la segunda parte de su mandato su actividad ministerial la compartió con la necesaria para lograr el apoyo a la candidatura personal que presentó a la Dirección General de la Organización Mundial de la Salud, un empeño finalmente fracasado del

²⁹¹ Su trayectoria en el desempeño sucesivo de altos cargos con gobiernos del PSOE se ha continuado después con su nombramiento como Ministra de Administraciones Públicas y después como titular de Economía y Hacienda y Vicepresidenta segunda del Gobierno en sucesivas remodelaciones del Gabinete llevadas a cabo hasta la actualidad.

que no parecieron derivarse ventajas institucionales añadidas para la representación española ni en el panorama sanitario internacional ni en esa Organización.

1.1) La modificación de las normas relacionadas con la investigación con embriones y las técnicas de reproducción humana asistida.

La primera prioridad de este mandato ministerial fue desarrollar la única diferencia manifiesta que existía en aquel momento entre las posiciones sanitarias del partido Socialista y el Partido Popular saliente del Gobierno, la existente en relación con la investigación con embriones humanos sobrantes de las técnicas de reproducción humana asistida.

El primer movimiento fue desarrollar mediante Real Decreto (el 1720/2004, de 23 de julio) las “tipologías fisiopatológicas” en las que se podría superar, conforme al criterio clínico establecido en cada caso y evitando provocar interferencias con la actividad habitual de los centros dedicados a esta materia, el límite de tres ovocitos a fecundar previsto en la Ley 45/2003 aprobada unos meses antes por el PP. Poco después otro Real Decreto, el 2132/2004, de 29 de octubre, estableció *“los requisitos y procedimientos para solicitar el desarrollo de proyectos de investigación con células troncales obtenidas de preembriones sobrantes”*.

Una vez resueltos de esa manera los problema más inmediatos que se derivaban de la legislación anterior, se inició de manera casi simultánea una modificación más general de la Ley sobre técnicas de reproducción humana asistida, que finalmente se hizo efectiva mediante la promulgación de la Ley 14/2006, de 26 de mayo, que sustituyó a la anterior y derogó también las modificaciones que se habían introducido en la misma por la Ley 45/2003.

Entre las modificaciones más importantes que supuso la nueva Ley se encontraba el hacer posible la investigación con embriones “sobrantes” en general, y no sólo con los generados y criopreservados con anterioridad a la entrada en vigor de la propia Ley, como ocurría en el caso de la norma anterior del PP. Para ello, el único requisito establecido era el consentimiento explícito de los progenitores expresado de manera libre y alternativa a otros destinos posibles a dar a los embriones criopreservados, así como la autorización y tutela de los proyectos de investigación concretos en que se fueran a utilizar aquéllos en su caso por las comisiones creadas al efecto.

La nueva norma, cuyos contenidos más llamativos se divulgaron ampliamente con un indudable afán publicitario diferenciador de las posturas de otros partidos,

eliminaba también cualquier límite etario para la práctica de las técnicas de reproducción asistida, un aspecto en cuya definición tuvo un papel importante el criterio personal de la Ministra ampliamente criticado por los expertos. Poco tiempo después de la promulgación de esta ley se produjo en nuestro país la maternidad gemelar de una mujer de 69 años, el caso de maternidad a edad más avanzada conocido en el mundo por el momento que, sin embargo, no parece que fuera el resultado de una concepción realizada en territorio español al amparo de la ley anterior, aunque podría servir de buen ejemplo de los efectos posibles de su promulgación.

Otra modificación sobre la que también se llamó la atención en la presentación pública de la Ley fue la que abría la puerta a la selección de embriones mediante diagnóstico genético preimplantacional que, libres de enfermedad e histocompatibles, pudieran ser utilizados para realizar trasplantes de células de cordón umbilical con fines terapéuticos para hermanos afectos de ciertas enfermedades. La utilización de esta vía, que se demandaba con insistencia por los familiares de niños enfermos en algunos de estos casos, fue de inmediato solicitada por ciertos centros concretos, que obtuvieron un efecto indudable en los medios de comunicación. De las limitaciones de esta vía de solución, todavía en fase experimental no sólo en España, da buena idea que hasta el momento actual se han llevado a cabo no más de cuarenta solicitudes, de las que alrededor de la mitad se han autorizado por la Comisión Nacional de Reproducción Humana Asistida, habiendo obtenido hasta ahora el éxito final del proceso, con la curación de la enfermedad del receptor tras el trasplante mencionado, tan sólo en un caso realizado en un centro público sevillano.

Los efectos de concentrar la atención sobre los métodos de diagnóstico preimplantacional, que se habían desarrollado en España sin un amparo legal expreso, se pueden considerar, sin embargo, al menos contradictorios: según los datos de la Asociación Europea de Reproducción Humana y Esterilidad (ESHRE)²⁹², en España, donde la práctica de la reproducción asistida en general y la de estas técnicas auxiliares concretas está volcada en manos privadas (más del 90% de las clínicas que las practican lo son), se realiza igual número de diagnósticos preimplantacionales que en la suma del resto de países europeos en los que se utilizan estas técnicas; un dato que debería servir al menos para poner en cuestión el rigor científico de su aplicación en nuestro país, al calor de su popularización indiscriminada a través de los medios. Por su parte, la

²⁹² Se puede ver en Nyboe Andersen (2008).

ausencia de desarrollo de los registros previstos en la Ley ha permitido hasta ahora un desarrollo de las mismas sometido a escaso control.

Las perspectivas abiertas por la investigación con células troncales embrionarias, que se ampliaron a otros campos relacionados con gran rapidez, dio lugar a su vez poco tiempo después a que la iniciativa legislativa se ampliase a la regulación de la investigación biomédica en general mediante otra norma que pretendió llenar el vacío regulatorio existente en todos los campos no relacionados con la investigación y producción de nuevos medicamentos. El resultado fue la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica, cuya valoración general es imposible realizar aquí, una labor en todo caso todavía difícil de realizar dado el escaso plazo transcurrido desde su promulgación y el limitado desarrollo normativo y ejecutivo generado hasta ahora a partir de ella.

Como dato colateral de la misma cabe, sin embargo, observar que la norma supuso la creación de un Comité de Bioética de España “*como órgano colegiado, independiente y de carácter consultivo, sobre materias relacionadas con las implicaciones éticas y sociales de la Biomedicina y Ciencias de la Salud*” (artículo 71), sobre el que se pueden hacer en todo caso dos observaciones puntuales: en primer lugar, que su adscripción al Ministerio de Sanidad y Consumo podría servir para poner en cuestión la realidad práctica de la invocación de su independencia. De hecho, en el resto de los países europeos de nuestro entorno en los que existen Comités similares se ha tratado de garantizar dicha independencia adscribiéndolos a órganos constitucionales superiores, desde la Presidencia del país en algunos de ellos a organismos asesores independientes del poder administrativo en otros²⁹³.

En segundo lugar, que su propia creación en el marco de una ley orientada a la regulación de la investigación biomédica parecería orientarlo a la consideración prioritaria de estas cuestiones, por otra parte sometidas al control de otros comités y comisiones específicas conforme a la propia norma, lo que podría crear conflictos “jurisdiccionales” o temáticos entre ellos. De manera paradójica, la primera materia en la que el Comité se ha pronunciado mediante un dictamen emitido de manera expresa ha sido el proyecto del Ley de regulación de la interrupción voluntaria del embarazo presentado en el último año por el Gobierno. La elección de ese tema como objeto primero de su intervención y el mismo carácter del dictamen emitido, así como la

²⁹³ Sobre esta cuestión se puede ver Broggi (2004).

designación de sus miembros de manera discrecional por distintos Departamentos ministeriales, son otros motivos para poner en cuestión la realidad efectiva de su independencia.

1.2) Las actuaciones en materia de organización y financiación de los servicios sanitarios.

Las posiciones adoptadas en estas materias por la ministra Salgado partían de una hipoteca de partida: la que suponía el apoyo prestado por el Partido Socialista a las normas principales en estas materias que se habían dictado por el Partido Popular en las dos legislaturas previas, en concreto las normas relativas a la financiación sanitaria y la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Lejos de levantar la hipoteca citada con el diseño de líneas de actuación diferenciadas, su mandato ministerial en estas materias se caracterizó por añadir a la misma la asunción de las normas más recientes que se habían dictado en materia de personal en la legislatura popular anterior.

En el campo de la financiación sanitaria el modelo aprobado por el Partido Popular con el apoyo socialista en diciembre de 2001 no se puso en cuestión. Sin embargo, la evidencia de los déficits crecientes en que venían incurriendo las CCAA como consecuencia de la gestión de los servicios sanitarios que se venía haciendo por las CCAA provocó la preocupación del Gobierno por esta cuestión²⁹⁴.

La respuesta del Gobierno a esa situación fue trasladar el problema al ámbito de la Conferencia de Presidentes autonómicos, un instrumento político de formalización limitada puesto en marcha a raíz de la vuelta del PSOE al Gobierno, más utilizado al inicio de la actividad de éste que en su desarrollo posterior. Desde ese ámbito se configuró un Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario presidido por la Intervención General de la Administración General del Estado y con participación de distintos departamentos ministeriales, entre ellos el sanitario, que en todo caso ocupaba un lugar secundario, así como de las CCAA²⁹⁵.

Los primeros resultados del análisis de ese grupo, de gran utilidad, pues supusieron la aportación de una gran cantidad de información adicional de la que se

²⁹⁴ Paradójicamente, la llamada de atención sobre el problema del “déficit sanitario” partió de las supuestas insuficiencias en las que vendría incurriendo la financiación sanitaria como consecuencia del modelo que se venía aplicando, al no haber tenido en cuenta éste los aumentos de población que se estaban produciendo de manera importante y asimétrica en diferentes CCAA principalmente por efecto de la inmigración.

²⁹⁵ Una amplia descripción de la composición y los trabajos de ese grupo, que se recogieron en todo caso en un informe editado por el Instituto de Estudios Fiscales (Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes, 2005) se puede ver en Blanco Moreno (2005).

carecía hasta entonces, se trasladaron a la Conferencia de Presidentes celebrada en Septiembre de 2005.

Ésta, por su parte, adoptó “en respuesta”²⁹⁶ al análisis un conjunto de medidas consistentes en esencia en la dotación por una sola vez de diferentes fondos adicionales para la financiación autonómica por una cuantía global de 4.880,5 millones de euros, de distribución proporcional desigual entre las CCAA, que para hacerse efectiva necesitó en todo caso vehicularse a través del Consejo de Política Fiscal y Financiera, el órgano de coordinación presupuestaria y fiscal que reúne a los responsables del Mº de Hacienda con los de las Haciendas autonómicas.

La distribución de esos fondos adicionales no requirió compromiso ni condición específica alguna para su destino a finalidades sanitarias, ni tampoco supuso poner en cuestión el sistema de financiación sanitaria en sí mismo; tampoco la adopción de medidas para mejorar los sistemas de información sanitaria permanentes, ni siquiera los económicos, ni el planteamiento de medidas dirigidas a mejorar la eficiencia en la gestión de los recursos sanitarios. Estas ausencias fueron ya entonces motivo de crítica a las medidas adoptadas y a la forma de acordar su adopción²⁹⁷.

²⁹⁶ El entrecomillado se debe a que podría considerarse paradójico que la respuesta adoptada consistiera en la dotación de más fondos a las CCAA cuando la primera conclusión del grupo de trabajo indicaba que *“los datos muestran que en ninguna CA se ha producido entre los años 2002 y 2003 (último del que se disponía de datos útiles) un crecimiento superior a la media nacional”*. Esta afirmación suponía que en ningún caso resultarían de aplicación las previsiones contenidas en el artículo 67.1 de la Ley 212/2001 para examinar la posibilidad de incrementar la financiación autonómica en razón del aumento de necesidades sanitarias que pudieran estar en relación con el aumento de población de alguna CA, precisamente el argumento utilizado por alguna de ellas para demandar el incremento en su financiación. El mismo informe indicaba que *“conforme se explica en el documento del grupo de trabajo de análisis del gasto sanitario, la población sólo explicaría un 20% del total del crecimiento del gasto sanitario, lo que indica la importancia relativa de este componente del crecimiento del gasto”*. La paradoja es que estas conclusiones, que habrían podido dar pie al rechazo del aumento de la financiación autonómica demandado de haberse deseado hacerlo así, dieron, por el contrario, pie a la “aportación extraordinaria” indicada.

²⁹⁷ Se pueden ver a este respecto un conjunto de artículos publicados bajo el epígrafe general de “La financiación sanitaria”, entre los que se incluye el mencionado en la nota anterior, en el mismo número de la Revista de Administración Sanitaria citado, de Octubre-Diciembre de 2005. Es curioso contrastar en ellos las diferentes posiciones respecto a las insuficiencias financieras sanitarias expuestas algunos consejeros sanitarios populares del momento (ver, por ejemplo, Rambla (2005): *“Quien tiene que hacer el esfuerzo económico es el Estado Central y no los ciudadanos de las CCAA, ya que el problema de fondo es la definición estructural del reparto de fondos entre la Administración Central y la Autonómica... La solución que el Estado ha dado al problema es un mero parche que sólo va a servir para demorar en el tiempo su resolución y por tanto va a comportar un perjuicio aún mayor para el ciudadano”*) con las expresadas en el mismo número por otros analistas (por ejemplo, Sevilla Pérez (2005): *“...Garantizar la equidad territorial e intraterritorial son los grandes retos del Gobierno del SNS. La importancia de estos asuntos hace imprescindible que en el acuerdo de financiación autonómica previstos se incorporen las modificaciones legislativas necesarias para garantizar el buen funcionamiento organizativo del sistema y se pongan las bases para el nuevo contrato social que el SNS necesita para ser de verdad el gran sistema que todos deseamos”*). Que los consejeros populares considerasen el acuerdo un “mero parche” no impidió que todas ellas se apresurasen a aceptar las cantidades correspondientes a cada una sin ofrecer

La posición subordinada del Ministerio de Sanidad en la gestión del acuerdo mencionado y en la definición de las características de éste, para cuyos términos esencialmente financieros la referencia sanitaria parecía más una excusa que el motivo central de la cuestión, está en la raíz de las carencias del acuerdo expresadas. Un resultado visible de esas carencias, es la situación de grave déficit financiero derivada no tanto de las insuficiencias financieras como de los problemas de eficiencia en su gestión en que se encuentra en el momento actual el Sistema en su conjunto, y cada una de las CCAA en cuantías diversas; una situación que han puesto de manifiesto, siquiera de manera parcial, algunos medios de comunicación haciendo referencia a las deudas contraídas por los distintos servicios de salud con los proveedores²⁹⁸ y los retrasos crecientes en los plazos de pago²⁹⁹.

Del mismo grado de desinterés por el funcionamiento del sistema sanitario como tal durante la legislatura examinada y por el papel de coordinación que le corresponde en el mismo al Ministerio de Sanidad, puede servir de ejemplo la actitud puesta de manifiesto frente al Consejo Interterritorial que caracterizó ese período ministerial: durante este mismo período los consejeros populares reclamaron por los cauces reglamentariamente adecuados la convocatoria de este órgano para tratar precisamente de la financiación del Sistema. La negativa de la Ministra a realizar la convocatoria solicitada fue recurrida por quienes la demandaban, que han recibido finalmente el reconocimiento, ya sin efecto alguno que no sea de índole política general, de la razón de esas demandas en sentencia del Tribunal Supremo de Octubre de 2009, que confirma otra previa en el mismo sentido de la Audiencia Nacional que había sido recurrida por el Mº de Sanidad³⁰⁰. Este hecho parece suficiente reflejo por sí mismo de las actitudes adoptadas en general en aplicación de las normas que rigen la organización del Sistema que, si no se consideraban adecuadas, lo que no llegó nunca a manifestarse de manera expresa, tampoco se pusieron en cuestión.

En cuanto a la normas relativas al personal, este mandato ministerial se caracterizó por el encargo de la gestión de estas cuestiones a cargos procedentes de

por otra parte garantía alguna del uso dado a las mismas, cuyo destino a fines sanitarios no pasó de ser una recomendación.

Estas mismas cuestiones se comentan en Rey del Castillo (2006).

²⁹⁸ Ver a este respecto LGI (2009a): “*Las autonomías deben 2.500 millones a sus proveedores*”.

²⁹⁹ Ver LM (2009): *Las administraciones pagan cada día peor a sus proveedores. El retraso está aumentando en 22 días al mes de media. Algunas regiones superan el año en la demora*”.

³⁰⁰ Ver LGI (2009 b): “*Las regiones pueden marcar la agenda del Interterritorial. El TS s da la razón a las autonomías del PP que pedían debatir la financiación*”.

cuerpos generales de la Administración que carecen de cualquier conocimiento cualificado de las especificidades tanto estructurales como funcionales que caracterizan al personal sanitario en el servicio público.

El resultado de esa gestión fue el reforzamiento de las políticas de personal diseñadas en las normas aprobadas en la anterior legislatura, sin que siquiera tuvieran reflejo los cuestionamientos a las mismas que se habían hecho por el Partido Socialista desde el ámbito parlamentario en su tramitación. Por el contrario, la posición adoptada llevó a plantear como política preferente en este terreno el desarrollo reglamentario de las normas legales que habían sido aprobadas previamente por el Partido Popular.

El primer ejemplo de ello fue el Real Decreto 1146/2006, de 6 de Octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. La continuidad de la línea adoptada en este terreno en el mandato ministerial siguiente hizo que las siguientes normas de desarrollo en esta materia aprobadas lo fueran ya en ese mandato ministerial posterior³⁰¹.

1.3) La Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo.

El título completo de esta ley añade al nombre utilizado en el encabezamiento de este apartado los términos “*y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*”.

Estas referencias añadidas al título dan pie para explicar las dificultades que tiene el pretender centrar de manera exclusiva las políticas preferentes de un Ministerio de Sanidad en el diseño de intervenciones sobre factores externos al sistema sanitario que tienen repercusiones importantes sobre la salud de la población, pero que son a la vez, y por razones diversas, objeto de interés relevante para otras áreas de actividad no sanitaria y otros sectores de la Administración.

Por otra parte, en el ámbito de la Salud Pública se vienen discutiendo desde hace años los instrumentos más adecuados para lograr que las medidas con repercusiones

³⁰¹ Se trata del Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada, y del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español determinadas Directivas europeas relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales.

Otros desarrollos de rango inferior han afectado a la carrera profesional, para la que se establecieron criterios comunes aprobados por el Consejo Interterritorial mediante Resolución de 29 de enero de 2007 de la Dirección General de Recursos Humanos. La Comisión de Recursos Humanos del CISNS, por su parte, ha informado numerosos programas formativos de distintas especialidades, que se han aprobado luego por normas de rango similar al de la regulación anterior.

sanitarias que se adoptan en otros ámbitos de decisión tengan en cuenta aquéllas para definir sus políticas. De la utilización de los llamados “Planes de Salud”, ya comentados, se ha pasado en los últimos años a la consideración del “Impacto en salud”,³⁰² como forma de extender esa consideración por parte de otras áreas de cualquier gobierno. Afrontar desde el ámbito sanitario la adopción de medidas que tienen repercusión sobre las políticas de otras áreas ignorando las dificultades que ponen de manifiesto los resultados de la utilización de instrumentos como los citados, y convertir esas medidas en el eje de la acción del Ministerio que desempeñe las responsabilidades sanitarias, puede conducir a éste, según la experiencia habida en la tramitación de la ley sobre el tabaco y la cancelación del proyecto relativo al alcohol, a su inoperancia³⁰³.

Que en el caso del consumo y la venta del tabaco coinciden intereses muy diversos, desde los de la Hacienda Pública en términos recaudatorios, por otra parte relacionados con el propio sistema de financiación autonómica, incluída la sanitaria, a los de las empresas hoteleras y de restauración, o el patrocinio publicitario de otros muchos sectores, se puso de manifiesto de manera muy evidente durante la tramitación de esta Ley. La interacción de esos intereses diferentes, en muchos casos hasta directamente contradictorios entre sí, durante la elaboración de cualquier norma que pretenda establecer una modulación de todos ellos permite aventurar que la regulación resultante no estará relacionada tan sólo con la consideración de los efectos de cualquiera de esos factores sobre la salud de la población. Las modificaciones introducidas en la Ley en las disposiciones relativas a la delimitación espacios “libres de humo” con respecto a las previstas en los proyectos iniciales de la norma pueden servir de ejemplo del juego al que debe someterse la elaboración de cualquier regulación de este carácter.

Por otra parte, que el resultado de ese juego sea más o menos cercano a las posiciones que en el mismo representan las propuestas sanitarias depende en buena

³⁰² Sobre este concepto se pueden ver: O'Reilly (2006); Bekker (2007); Wismar (2007); Brodin (2008); Salay (2008); Sandín-Vázquez (2008).

³⁰³ Por otra parte, que la opción por centrar las políticas del Ministerio de Sanidad durante este mandato ministerial en la promoción de los hábitos de vida “saludables” y no en el funcionamiento de los servicios públicos de salud resulta poco discutible: a los proyectos mencionados se sumaron como objeto de atención preferente de la ministra un acuerdo con los diseñadores de moda para promover el cambio de tallaje de las modelos participantes en los desfiles, y una homologación de las tallas de ropa de todas las marcas con objeto de modificar la inducción de trastornos alimentarios en las jóvenes; o la “promoción” de la práctica del deporte, soportada en buena parte en reportajes y entrevistas personales con la Ministra publicados en diferentes diarios y revistas.

parte del peso que en el seno del gobierno respectivo tenga el departamento sanitario. Y éste, a su vez, de la independencia y la competencia demostrada por el mismo en la gestión de su terreno específico de responsabilidad, que no es otro que el de los servicios sanitarios, por otra parte un ámbito de interés económico cada vez mayor.

La explicación anterior pretende contribuir a explicar que las limitaciones de la Ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo³⁰⁴, que han provocado la demanda cada vez más general de su modificación apenas transcurridos cuatro años desde su promulgación³⁰⁵, se justifican al menos parcialmente por la opción de hecho realizada durante este período para constituir el Ministerio de Sanidad de manera preferente y casi excluyente en un “Ministerio de la Salud”, desentendido en buena parte del funcionamiento del sistema sanitario, a lo que me he referido en el apartado anterior.

Esa posición de debilidad relativa del Ministerio de Sanidad, unido a los errores cometidos durante la gestión del nuevo proyecto, y los intereses contradictorios de sectores productivos con gran peso en determinados regiones españolas, llevó a que fuese finalmente desechado durante la misma legislatura el que tenía por objeto la reducción del consumo de alcohol en menores de dieciocho años, pese a lo indiscutible de su justificación desde el punto de vista sanitario.

1.4) La Ley 29/2006, de 26 de Julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

La publicación de esta Ley en la fecha citada se justifica en su propio preámbulo ante todo por los cambios habidos en la regulación del sector farmacéutico como consecuencia de la modificación de la configuración jurídica y la composición de las estructuras de la Unión Europea en relación con la existente cuando se promulgó la anterior Ley 25/1990, del medicamento.

Desde aquella fecha, y en especial en los últimos años anteriores a la promulgación de esta nueva Ley, se dictaron desde diferentes instancias de la Unión

³⁰⁴ Un análisis de carácter técnico más pormenorizado de la norma puede verse en Villalbí (2009). Es curioso en todo caso observar que el título de la valoración citada excluye de las denominación de la ley los términos “y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco”, como si, en la línea argumentada en este apartado, se pretendieran también eliminar de esa valoración esos otros aspectos vinculados a la regulación “sanitaria”.

³⁰⁵ La información más reciente que puede servir para valorar la eficacia de la norma dictada para controlar el uso y los efectos del tabaco sobre la salud de la población apareció en los medios de comunicación en una fecha reciente en la que se informa de que “*Las tabacaleras promueven en el extranjero la ley antitabaco española. Las multinacionales del sector creen que los “fallos” de la norma les favorecen*” (Benito, 2009). El artículo, cuyo título resulta expresivo por sí mismo, toma la referencia de un trabajo previo publicado en el British Medical Journal (Muggli, 2009) en el que, sobre la base de documentos internos de las propias compañías tabaqueras, se da cuenta de la importancia de la ley “blanda” española como modelo para favorecer los intereses de aquéllas en otros países.

distintas Directivas, principalmente encaminadas a establecer las garantías legales, estructurales y de seguridad y calidad de los medicamentos que facilitasen la expansión de un mercado libre de medicamentos en el ámbito de la propia Unión Europea.

Con ese panorama, al que había que añadir la trasposición de diferentes normativas a la regulación de estas cuestiones en nuestro país, que se había realizado en épocas previas, daba como resultado un panorama legal abigarrado de interpretación y seguimiento complejo.

La opción de redactar una nueva ley en esas condiciones respondió, en consecuencia, más al deseo de sintetizar y actualizar en una sola norma el conjunto de disposiciones y reglas de actuación para la fabricación y el uso de los medicamentos que al de introducir algún cambio significativo en las políticas relativas a estos asuntos que se venían desarrollando con una relativa continuidad desde la Transición. Un objetivo que podría considerarse adecuado desde un punto de vista administrativo, pero escasamente relevante desde el punto de vista político.

El análisis estructural de la nueva norma permitiría en todo caso contrastar la identidad, literal en algunos casos, de sus diez Títulos, subdivididos en quince capítulos, de la nueva norma con los correspondientes de la Ley 25/1990. Tal identidad se produce también en el contenido de una parte de los 99 artículos de los que está dotada la nueva norma³⁰⁶.

En ésta, como he analizado en los apartados correspondientes a las políticas farmacéuticas, no se introducen tampoco cambios sustantivos en la mayoría de ellas, como las relativas a las relaciones de concierto con la industria y las oficinas de Farmacia, los medicamentos genéricos, el establecimiento de precios, o el sistema de precios de referencia. En los apartados citados he hecho también referencia a algunos resultados contradictorios de la nueva norma, que en lo sustancial no modificó la posición y el problema que supone el gasto farmacéutico para la financiación y la política general del Sistema sanitario español.

Los cambios, de naturaleza principalmente formal, que se introdujeron en la nueva Ley se han seguido de un amplio desarrollo normativo en esas diferentes materias, a la mayoría de las cuales he hecho también referencia en los apartados anteriores correspondientes.

³⁰⁶ Una comparación estructural de las dos normas se puede ver en Martínez (2008), p. 50-51.

El último de esos desarrollos, no incluido en las materias citadas es el Real Decreto 1015/2009, de 19 de Junio, producido en consecuencia en un mandato ministerial posterior al analizado aquí, por el que, en desarrollo del artículo 24 de la ley citada, se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales. La naturaleza de esta norma, que viene de hecho a regular de manera general la solución de situaciones que ya se resolvían con anterioridad mediante los procedimientos de importación de medicamentos autorizados en otros países, pero no en España, o el llamado “uso compasivo” de medicamentos aún en fase de ensayo, contribuye a confirmar que tanto la regulación original por la nueva ley como sus desarrollos posteriores constituyen un avance formal sin modificación sustancial en las políticas farmacéuticas.

d.2) El segundo mandato socialista de la segunda etapa (2007-2009).

Cerca de un año antes de las elecciones que tuvieron finalmente lugar en marzo de 2008 se produjo un cambio de gobierno que afectó a la cartera de Sanidad. El nuevo titular designado para desempeñarla fue el catedrático de la Universidad de Alicante e investigador en el campo de las células madre para el tratamiento de la diabetes, el profesor Bernat Soria.

De manera aún más patente que en el caso de la ministra anterior, su propio periplo profesional condicionó el enfoque de su mandato ministerial, igual que probablemente su misma elección para el cargo, dadas las posiciones públicas que había adoptado en un terreno, el de la investigación con células madre embrionarias, que era motivo claro de confrontación con la Iglesia católica y con el Partido Popular, siguiendo las pautas de la legislatura anterior.

En su historia personal más inmediata se incluían los problemas que había tenido para desarrollar sus proyectos de investigación en el campo citado en la Universidad de Alicante, como consecuencia de sus criterios relativos a la utilización de células madre embrionarias contrarios a los sostenidos por el Gobierno Popular de la Comunidad Valenciana, a la que se encontraba adscrita la Universidad en la que desempeñaba su puesto docente e investigador. Como consecuencia de ello desplazó su actividad investigadora primero a Singapur, de una forma que luego dio lugar a algunos problemas en la justificación de su curriculum vitae oficial, y posteriormente a Andalucía, donde pasó a dirigir un centro de investigación en estas materias.

Por otra parte cabe considerar que la popularidad de sus trabajos se debía al menos en parte a la eficaz difusión entre los colectivos de pacientes de la enfermedad a la que dedicaba de manera preferente su actividad investigadora, la diabetes, de expectativas de un traslado más o menos próximo de los resultados de esas investigaciones al tratamiento clínico de la enfermedad objeto de su atención.

De hecho, la manifestación de sus prioridades al tomar posesión del cargo ministerial incluyó de manera expresa la aceleración de los procedimientos y mecanismos para facilitar que cuantas innovaciones terapéuticas se produjesen en ese y otros campos se trasladasen con la menor demora posible a la clínica, y la consideración de que el factor más importante de mejora del sistema sanitario es la aportación que se haga al mismo desde el ámbito de la investigación. Un objetivo que contrasta con la constatación, repetida en diferentes ocasiones en este trabajo, de que una de las razones principales del crecimiento del gasto sanitario sometida a un escaso control es la incorporación de la innovación tecnológica a la aplicación clínica sin estimación adecuada del valor añadido de dicha incorporación, ni previsión habitual de sustitución de la tecnología anterior por la nueva, que se convierte así en un factor de gasto añadido sin reducción del anterior.

En consonancia con ese punto de partida, y con la carencia de conocimientos específicos sobre el funcionamiento en general del sistema sanitario, este segundo mandato ministerial se caracterizó por la ausencia de propuestas y desarrollos específicos en el terreno de los servicios sanitarios. Cabe constatar, sin embargo, que desde un punto de vista formal mejoró el funcionamiento de los órganos de coordinación del sistema, sin duda por la mejor capacidad de relación del nuevo Ministro con respecto a la titular anterior.

En todo caso, este segundo mandato ministerial se vió truncado a los ojos de todos cuando unos meses después del nombramiento del nuevo ministro, en el momento en que tuvo lugar una remodelación general del Gobierno tras las elecciones de Marzo de 2008, se separaron de la cartera de Sanidad las competencias sobre el Instituto de Salud Carlos III, el organismo autónomo en el que se reúnen los institutos y la financiación de la investigación en el terreno sanitario. Éste pasó a depender del nuevo Ministerio de Ciencia e Innovación. Lo que no impidió el mantenimiento en su cargo de un ministro que había sufrido la pérdida institucional de las competencias sobre la única materia sanitaria en la que cabía suponer que disponía de alguna cualificación.

La situación personal del ministro se mantuvo así durante cerca de un año más, cuando fue sustituido en su cargo en una nueva remodelación del Gobierno. Las consecuencias de esa situación fueron la ausencia de proyectos legislativos y políticos significativos sobre el sistema sanitario durante el plazo mencionado que puedan resultar dignos de mención.

III.- UN RESUMEN DE LA SITUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL A LA LUZ DEL ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DESARROLLADAS.

A lo largo de los apartados anteriores he tratado de desarrollar una amplia descripción de las políticas sanitarias desarrolladas desde la Transición democrática en España.

Para caracterizarlas mejor he recurrido en diferentes ocasiones a describir el desarrollo de distintas políticas en las fases previas a la Transición democrática, en tanto éstas pudieran constituir una referencia adecuada para valorar los cambios que se hubieran podido introducir en las mismas, o los que se hubieran podido producir en la situación existente en el período más inmediato a dicha Transición.

Por otra parte, y como he señalado ya de manera expresa en algún momento a lo largo del texto anterior, la referencia fundamental del análisis han sido las políticas desarrolladas desde y por el Partido Socialista.

Desde el punto de vista de las expectativas generadas por su actuación de gobierno, parece evidente que las posibilidades de desarrollar un sistema sanitario que garantizase el acceso a la protección sanitaria de toda la población mediante la constitución de un sistema sanitario público que hiciese efectiva la protección y que garantizase la misma como un derecho más vinculado a la ciudadanía, a semejanza de lo que ocurría en otros países europeos, y no sólo por razones históricas de lo ocurrido en esos otros países, se concentraban en el Partido Socialista. Estas posibilidades se concentraron más aún en este partido a partir del momento en el que se constituyó en el único dentro del ámbito de la izquierda (el centro-izquierda posible en el contexto europeo) con posibilidades de acceder al Gobierno de la nación, lo que finalmente tuvo lugar en 1982.

Pero a su vez, desde el punto de vista de su propia reivindicación, el mismo Partido Socialista ha venido reclamando para sí el reconocimiento de que el sistema sanitario español, tal y como lo conocemos, es el resultado de manera principal de su propia actuación.

Por todo ello, dedicar una atención principal a considerar las posiciones de este partido a lo largo de los distintos períodos y políticas que se han considerado ha constituido una parte muy relevante del análisis desarrollado hasta aquí.

Llegado, sin embargo, a este punto, parece necesario recapitular lo descrito mediante el resumen de algunas conclusiones principales del análisis llevado a cabo. Estas conclusiones son las siguientes:

1.- Las políticas sanitarias, y dentro de ellas más en concreto la constitución de un sistema sanitario que garantizase la protección sanitaria en condiciones de igualdad para toda la población, no han constituido hasta ahora una prioridad política para el Partido Socialista, ni en los momentos en los que ha ocupado el Gobierno de la nación, incluido su primer período de gobierno en el que se sentaron las bases para el denominado Sistema Nacional de Salud, ni en aquellos otros en los que, desde la instauración de la democracia en nuestro país, se ha encontrado en la oposición.

Por su parte, el resultado de esa ausencia sostenida de prioridad de las políticas sanitarias para el Partido Socialista está en la base de las debilidades y amenazas que afectan en el momento actual al Sistema Nacional de Salud.

+ Las razones que justifican la primera de estas afirmaciones se basan en dos clases de argumentos:

*Desde el punto de vista temporal, la mejor expresión de esta ausencia de prioridad es que el desarrollo de la norma que dio lugar a la constitución del SNS, la Ley General de Sanidad, se llevó cabo tan sólo al final del primer período de gobierno de cuatro años del propio Partido Socialista.

Al margen del análisis político general que pudiera justificar la prioridad otorgada a otras políticas en ese plazo, e incluso de la adecuación de esas prioridades a la situación política del momento, el retraso en el desarrollo de la norma citada, conforme a la experiencia de otros países, dio la oportunidad a cuantas partes tenían intereses contrapuestos a la constitución de un sistema de protección de las características señaladas para organizar sus resistencias al desarrollo de ese sistema en condiciones adecuadas.

*Desde el punto de vista de las características organizativas del Sistema, su propia definición es una buena expresión de la subordinación de su configuración a otras prioridades:

-la primera de ellas, la adaptación del Sistema a otro proceso prioritario desde el punto de vista político, el de la descentralización del Estado y la constitución de las Comunidades Autónomas. En la conformación de éstas como entidades intermedias de poder en el ámbito del Estado, la atribución de responsabilidades sanitarias a las propias CCAA se guió ante todo por el criterio de dotar a las mismas de instrumentos de poder,

ante todo económicos, para ejercerlo en su ámbito territorial. En la atribución de esas responsabilidades a aquéllas, en particular las sanitarias, la consideración de su distribución más adecuada para una mejor y más eficiente gestión de los servicios sanitarios no tuvo ningún papel relevante, más allá de invocar el acercamiento de la gestión sanitaria a los ciudadanos como justificación para la descentralización, una pretensión que hubiera precisado de un mayor grado de análisis previo antes de generalizar su ejecución.

Por otra parte, en la Ley General de Sanidad, como elemento central de la constitución del Sistema, no se definió siquiera un modelo cerrado de distribución de las responsabilidades sanitarias, ni un horizonte temporal para alcanzar ese modelo inexistente. Por el contrario, éste se fue adaptando de manera sucesiva a la secuencia y el ritmo del propio proceso descentralizador general, sin definir siquiera el modelo sanitario de manera precisa ni, dentro del mismo, los instrumentos de coordinación necesarios para mantener como universal un sistema sometido de manera pasiva y subordinada al proceso descentralizador.

El desarrollo de la Ley de Cohesión en 2003, promulgada en el segundo período de gobierno del Partido Popular pero con el apoyo del Partido Socialista y una vez cerrado el proceso de traspaso de competencias a las CCAA, constituye también una buena expresión de la prioridad otorgada a la descentralización sobre el mantenimiento de la coordinación en el terreno sanitario como instrumento al servicio de la condición universal y equitativa de la protección sanitaria y elemento de cohesión social.

-en el terreno económico y de la financiación del sistema sanitario se encuentra también una buena expresión de la subordinación de sus características a las prioridades políticas establecidas en otros terrenos.

No es necesario hacer un recorrido muy amplio por el desarrollo sucesivo de la financiación sanitaria para justificar esta afirmación. La supeditación de la aplicación del nuevo sistema de financiación autonómica aprobado en 2001 constituye por sí misma la expresión más completa y cercana de la subordinación de los criterios de la organización sanitaria a los intereses económicos más inmediatos de las CCAA. La aplicación del nuevo sistema, caracterizado por atribuir mayores niveles de recursos económicos, autosuficiencia financiera y responsabilidad fiscal a las CCAA, pese a ser estos últimos discutibles, se condicionó a la aceptación de los traspasos del INSALUD a las diez CCAA que en aquel momento estaban todavía pendientes de recibirlos, de

manera que, de no aceptarse el traspaso, éstas no habrían recibido los recursos adicionales que el nuevo sistema de financiación suponía.

Por otra parte, la importancia de la cesión de la gestión de la sanidad a las CCAA deriva no tanto de la consideración prioritaria de estos servicios por parte de aquéllas como del hecho de que la financiación que reciben justificada por la asunción de esa competencia supone la partida más amplia desde el punto de vista económico que reciben como consecuencia de asumir su gestión.

+ Por su parte, la segunda afirmación es el resultado de la constatación, puesta de manifiesto más arriba, de que el propio Partido Socialista se considera a sí mismo generador del proceso de reforma que llevó a la constitución del sistema sanitario español en su configuración actual, lo que tuvo lugar de manera principal en su primer mandato legislativo, con la Ley General de Sanidad, cuyos principios, en sentido contrario a lo que se indica a continuación, no se habrían puesto en cuestión.

2.- En el origen de la falta de compromiso del Partido Socialista con las políticas sanitarias se encuentra la ausencia de una definición clara de las mismas en los inicios constitutivos del Sistema Nacional de Salud.

Tal indefinición sienta sus bases en la imprecisión con la que están definidos en la Constitución Española los términos y la extensión del derecho a la protección de la salud, no incluido entre los derechos fundamentales registrados en la norma básica, así como las condiciones y el papel a desarrollar por las administraciones sanitarias de distintos niveles en el ejercicio efectivo de ese derecho.

Además, más allá de esa ambigüedad original, los desarrollos organizativos y normativos mediante los que se establecieron las características fundamentales del sistema sanitario postconstitucional no definieron unas condiciones diferenciales de éste que permitieran distinguir con claridad que su constitución suponía la de un sistema distinto al ya desarrollado de manera parcial antes de la Constitución ni, por tanto, que se pudiera considerar por la población, que no vio siquiera modificadas sus condiciones de acceso al mismo, que éste constituía un nuevo Sistema vinculado al desarrollo constitucional.

La falta de diferenciación con respecto al sistema previamente existente afectó a los aspectos esenciales que definen la naturaleza de los servicios sanitarios de un país, en concreto a las características y condiciones de la cobertura que ofrece, a sus mecanismos de financiación y a la forma de organización de los servicios que presta.

-Con respecto al primero de esos aspectos se optó por alcanzar la cobertura universal a través de la extensión progresiva del sistema de protección vinculado al régimen laboral de cada ciudadano que caracteriza a los sistemas de Seguridad Social, complementando el mismo con diferentes mecanismos dirigidos a incluir en la protección sanitaria teóricamente unida a la condición de ciudadanía a quienes carecían de vinculación laboral de una u otra naturaleza. Ese proceso no se ha cerrado todavía, por lo que persisten algunos colectivos que no tienen todavía establecido el mecanismo mediante el que hacer efectivo el título que como ciudadanos les hace tributarios de recibir las prestaciones del Sistema Nacional de Salud. A la vez persisten otras diferencias en el acceso a las prestaciones sanitarias a través de sistemas distintos, incluyendo su prestación a través de medios privados para algunos colectivos, que tienen su origen en los diferentes regímenes de Seguridad Social que, sin solución de continuidad, dieron origen al Sistema Nacional de Salud. Buena parte de estos colectivos situados al margen del sistema general de protección (abogados, periodistas, determinados grupos de funcionarios, trabajadores de grandes empresas muchas de ellas anteriormente públicas) se corresponden con grupos de influencia general en la sociedad, e incluso de cercanía a las cúpulas de los partidos políticos, muy superiores a los que caracterizan al promedio de la población.

-En cuanto a los mecanismos de financiación del Sistema, durante casi veinte años, y sobre todo durante los primeros años tras la definición formal del Sistema en la Ley General de Sanidad, la base financiera del Sistema la constituyeron las cotizaciones sociales, que eran también la fuente de financiación del sistema parcial de Seguridad Social previamente existente. Los cambios posteriores introducidos en el sistema de financiación sanitaria introducidos en 1989 constituyeron más un cambio contable que un cambio real de fuentes de financiación, y permitieron que la tramitación de la financiación sanitaria a las CCAA siguiera realizándose a través de la Tesorería de la Seguridad Social. El desarrollo contradictorio de esta cuestiones ha llevado además finalmente a que España sea uno de los escasos países en el derecho comparado que no incluye en la actualidad, a partir de 2001, ninguna aportación de la Seguridad Social a la financiación sanitaria, ni siquiera a las partidas que, como la prestación farmacéutica diferenciada para los pensionistas, constituye de hecho una prestación económica contributiva de Seguridad Social definida por la situación laboral.

-En cuanto a la organización de la provisión de los servicios sanitarios, la base fundamental del Sistema la constituyeron en sus orígenes, y la siguen constituyendo

pese a la diversificación que se está produciendo en los últimos años, los centros sanitarios propiedad de la Seguridad Social. A éstos sólo se les ha ido cambiando la denominación individual y colectiva, esta última relacionada con su vinculación con cada Servicio autonómico de salud. Esos cambios formales no han tenido incidencia significativa, según los indicios que ofrecen de manera repetida las encuestas de opinión ciudadana, en la percepción que tiene de su vinculación con la Seguridad Social una parte importante de la población, que sigue refiriéndose a los centros sanitarios públicos como propios “de la Seguridad Social”.

-La continuidad en las políticas postconstitucionales en relación con las previas se puede observar también en otros terrenos importantes, de manera destacada entre ellos el de las políticas farmacéuticas. En éstas, con arreglo al análisis realizado, se pueden observar amplias coincidencias en las líneas maestras de las que se desarrollan todavía, y de los intereses que priman en ellas, en especial los de la industria farmacéutica y los de los propietarios de las oficinas de farmacia, con las que se venían desarrollando desde antes de la propia Constitución y en el período postconstitucional más inmediato.

3.- Una expresión adicional de la carencia de prioridad de las políticas sanitarias que se han desarrollado por el Partido Socialista es la manera en la que se han promovido y desarrollado las medidas de reforma a las que se ha querido dar mayor significación.

Hay diferentes ejemplos de que las principales medidas destacadas como cambios sustanciales en el Sistema se han desarrollado por iniciativa y con el apoyo de grupos o sectores minoritarios específicos interesados en cada caso, que no contaron ni con el interés ni con el apoyo del conjunto de la organización, ni menos aún con los de sus órganos de dirección. Tal situación ha condicionado los resultados en términos de profundidad y extensión de las medidas adoptadas y, en último término, la realidad de las propias reformas, y su coherencia con las expectativas generadas por su introducción.

-Entre los procesos de reforma que pueden servir de justificación de esta afirmación se puede citar en primer lugar la reforma de la Atención Primaria, cuyas bases normativas se sentaron en un período anterior a la Ley General de Sanidad, y sobre cuyas características y condiciones de implantación se han llevado a cabo amplias explicaciones en el capítulo correspondiente.

-La propia Ley General de Sanidad 14/1986, que dio lugar a la supuesta universalización de la cobertura sanitaria y a la creación del Sistema Nacional de Salud, es otro buen ejemplo de ello. La promulgación de la Ley, como en el caso de la reforma de la Atención Primaria, fue tolerada por quienes ejercían las responsabilidades sanitarias del Gobierno, pero sin que ello supusiera la formalización de un compromiso firme con los principios sustentados en la norma (cuya ambigüedad, por otra parte, se ha destacado antes), ni en el ámbito del propio Gobierno ni en el del Partido Socialista.

Sus principios generales, basados en la constitución de un Servicio Nacional de Salud de gestión descentralizada, lo que dio lugar a su calificación como “Sistema”, fueron puestos en cuestión de manera casi inmediata desde el propio Gobierno socialista siguiente, con la creación de la llamada Comisión Abril. La referencia básica de ésta no fue la Ley recién aprobada, sino las medidas de reforma que se estaban llevando a cabo en aquel momento en otros países sobre la base de principios diferentes si no contrarios a los definidos en la Ley. Su difusión, sin resistencia alguna ni desde los ámbitos del Gobierno ni desde los del Partido Socialista, llevó a constituir esos principios en la referencia del Sistema, en sustitución de los establecidos en la Ley anterior.

-La introducción activa de medidas encaminadas a la “reforma de la gestión” en el ámbito del INSALUD durante los últimos períodos de la primera etapa de Gobierno socialista se llevó a cabo también por un grupo restringido de responsables de segundo nivel desde el Mº de Sanidad, sin que los niveles superiores del mismo se comprometieran de manera activa con las medidas de reforma, que fueron meramente toleradas en el ámbito citado, lo mismo que lo fueron las desarrolladas de manera distinta en diferentes CCAA que habían recibido previamente el traspaso del propio INSALUD. El resultado de la confluencia tolerada de líneas de reforma de la gestión de características diferentes ha contribuido a dificultar de manera importante la coordinación de la gestión llevada a cabo por las distintas CCAA y, con ello, el funcionamiento integrado del SNS.

4.- Otra expresión del escaso compromiso de los Gobiernos y el Partido Socialista con las políticas sanitarias son las características de las normas de más alto rango que se han promulgado en este terreno, que en la mayoría de los casos, por sus características, no han proporcionado soluciones a los problemas más relevantes del SNS en el momento de su promulgación.

-La primera de ellas, la Ley General de Sanidad, 14/1986, está plagada de disposiciones transitorias cuyas previsiones de ejecución no sólo no se cumplieron en

los plazos establecidos para ello, sino que en algunos casos siguen sin cumplirse todavía. Es el caso, por ejemplo, de la unificación progresiva de los distintos sistemas de protección sanitaria, que debería ser el resultado razonable de la universalización de la cobertura prevista en la norma.

Por otra parte, como ya he comentado en la segunda de estas conclusiones finales, la imprecisión de la norma en la definición del horizonte de cumplimiento de determinadas medidas, como el modelo final de organización descentralizada previsto, el plazo y el calendario para su desarrollo, o las previsiones para la aplicación del sistema de financiación, hizo que todas estas medidas se fueran adaptando a las decisiones que se fueron tomando sobre éstas y otras materias relacionadas por los gobiernos sucesivos, en vez de constituir el desarrollo reglado de una visión prefigurada de la constitución del SNS.

-En el caso de la Ley del medicamento, algunas de sus previsiones más novedosas, como la aplicación de los precios de referencia, no sólo no se desarrollaron por los Gobiernos socialistas siguientes a la promulgación de la Ley, sino que su desarrollo se hizo por un Gobierno Popular posterior.

-En los casos de algunas leyes desarrolladas por los Gobiernos Populares siguientes, las posiciones respecto a ellas del Partido Socialista fueron de apoyo a las mismas, sin que el apoyo prestado llevase luego a demandar el cumplimiento de lo previsto en ellas. Así ocurrió, por ejemplo, con las limitaciones a las formas de gestión susceptibles de implantarse en el SNS previstas en la Ley 15/1997. Los límites previstos en la norma fueron inmediatamente sobrepasados por algunas CCAA, más en concreto la valenciana, sin que por parte del Partido Socialista se demandara por ningún medio el respeto de los límites acordados, ni en el ámbito general del SNS y el Consejo Interterritorial, ni en el autonómico correspondiente.

-En otros casos, como el de la Ley de Cohesión, la previsible inutilidad de la norma no impidió el apoyo casi completo a su aprobación por el Partido Socialista en 2003. En esta norma se pretendieron definir instrumentos de coordinación del sistema sanitario, haciéndolo más de un año después de culminar los traspasos a las CCAA. El intento estaba condenado de antemano a que los instrumentos definidos, por otra parte sin introducir ninguna modificación sustancial con respecto a los que existían cuando sólo siete CCAA disponían del traspaso del INSALUD, resultasen inoperantes: en las condiciones de traspaso completo de las competencias efectuado (y más aún con la discutible interpretación competencial que se ha dado a los traspasos) cualquier medida

que pretendiera adoptarse resulta supeditada a la libre decisión de cada CA para hacer o no efectiva su ejecución en su territorio. La evidencia de esa situación no impidió el apoyo casi completo a la aprobación de la ley en esos términos por el Partido Socialista. Posteriormente, éste no ha desarrollado estando en el Gobierno ningún modelo alternativo de coordinación que resulte efectivo; e incluso ha puesto de manifiesto actitudes, como el incumplimiento ocasional de las condiciones de convocatoria del Consejo Interterritorial establecidas, que sugieren un escaso interés por el funcionamiento integrado del SNS.

-En el caso de otras normas, como el Estatuto Marco o la ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), el apoyo prestado por el Partido Socialista a su aprobación por el PP en su segunda legislatura determinó que los Gobiernos socialistas siguientes a las mismas carecieran de alternativas a ellas, por lo que se aplicaron a su desarrollo y ejecución, que han generado numerosas complicaciones.

5.- Otra expresión de la escasa prioridad de las políticas sanitarias para el Partido Socialista ha sido el progresivo proceso de anulación de las diferencias de sus políticas en este campo con respecto a las desarrolladas por el Partido Popular.

En un terreno en el que la iniciativa para la extensión y la mejora de la protección pública se suponía que debían corresponder al Partido Socialista, el camino seguido ha sido el inverso: en el momento actual las posiciones generales de los dos partidos están cada vez más próximas entre sí, y se sitúan en un terreno común, el del discurso predominante de la eficiencia sobre la equidad, el valor económico de la salud y la insistencia en la superación de las formas públicas de gestión, que constituyen terrenos propios de la derecha en este campo, sin que en ninguno de ellos se haya definido un modelo alternativo diferenciado por el Partido Socialista.

-La inexistente labor de oposición realizada por el Partido Socialista en la Comunidad de Madrid al desarrollo por el PP de una política que ha permitido la proliferación de centros privados como soporte del sistema público mediante modelos cuya ineficiencia era ya conocida en otros países, a la vez que se desmantelan los centros públicos tradicionales que eran el soporte mas efectivo del SNS, es un ejemplo reciente de la carencia de modelos distintos.

Las condiciones personales de quienes deberían haber desarrollado la labor de oposición en ese territorio y en ese caso han tenido también un papel indudable en las carencias de esa labor. Pero la razón principal de esas carencias está sobre todo en la ausencia de un modelo propio, distinto y bien definido para la organización de los

servicios sanitarios y su gestión por parte del Partido Socialista. Esa ausencia se ha puesto especialmente de manifiesto en los trabajos de una Comisión constituida en el ámbito de la Asamblea de Madrid como supuesta contestación a los problemas de la sanidad madrileña. Una Comisión que, por imposición del PP, pero con la aceptación de los dirigentes del Partido Socialista, terminó derivando su labor al debate teórico de las formas organizativas más adecuadas para los centros del SNS. Es precisamente en este terreno en el que ha quedado de manifiesto de manera evidente la carencia de alternativas propias del Partido Socialista, que ni en las circunstancias más extremas, como las que se dan en la Comunidad de Madrid, no ha querido o no ha sido capaz de definir con precisión sus propias posiciones al respecto. Unas posiciones que, por otra parte, son igualmente ambiguas por parte de sus órganos federales.

-Sin embargo, la coincidencia con el Partido Popular en términos ambiguos en las líneas de supuesta “mejora de la gestión” de los servicios sanitarios, siguiendo orientaciones contrarias a las derivadas del análisis comparado, no es sólo un dato reciente.

En el apartado correspondiente del texto, y en otros previos, he destacado ya que esa coincidencia se venía produciendo desde principios de los años 90 en declaraciones y textos del Consejo Interterritorial.

Lo mismo ocurrió con el desarrollo de líneas alternativas y diferentes para la gestión de los nuevos centros sanitarios por parte de todas las CCAA, con independencia de su color político, a medida que iban recibiendo el traspaso de la gestión del INSALUD, sin que en ninguno de esos casos, con independencia de las características específicas y las formas de cada uno de ellos, se sometiera su desarrollo a un debate previo común.

Esa coincidencia en análisis y actuaciones previos se concretó después en la aprobación de la Ley 15/1997, hoy sometida a amplio debate, por el Partido Popular, proceso en el que contó con el apoyo del Partido Socialista para su aprobación parlamentaria.

-Otro ejemplo de coincidencia entre las políticas sanitarias de los dos partidos principales son las relacionadas con la farmacia y los medicamentos.

En el capítulo correspondiente he destacado ya la coincidencia esencial entre las políticas (o la ausencia de cambios en éstas, incluso con respecto a las desarrolladas desde antes de la Transición democrática) de los dos partidos en ese terreno. Cabría incluso observar alguna ventaja ocasional, que he documentado, en la adopción de

medidas orientadas al control del gasto farmacéutico, el problema que sigue siendo principal en esta campo, por parte del Partido Popular, en contra de lo que en principio cabría esperar.

A la búsqueda de causas de la ausencia de diferencias en este campo cabe destacar también un mismo grado de permeabilidad en ambos partidos al traspaso de responsables políticos públicos, tras cesar en sus cargos, a la industria privada. O las relaciones de algunos de quienes formaban parte de los órganos reguladores con los intereses más cercanos a los representados por los órganos corporativos de representación de la profesión farmacéutica. Un mecanismo que cabría poner en relación con la “captura del regulador” por el regulado, al margen del cumplimiento más o menos exacto de las normas sobre incompatibilidades en vigor en cada caso.

- Las políticas de personal en el SNS ofrecen también una perspectiva llamativa de ausencia de diferencias, tanto desde el punto de vista teórico y de orientación del ejercicio de las distintas profesiones sanitarias, sólo concretado por el PP en su último período de gobierno mediante las dos normas con rango de ley antes citadas, el Estatuto marco y la LOPS, como en el desarrollo de actuaciones concretas.

De estas últimas, llama en particular la atención que fuera el PP el que llevase a cabo la puesta en práctica mediante una Oferta Pública de Empleo de especial complejidad por la amplitud de las situaciones de contrataciones irregulares que venía a resolver, derivadas en su mayoría de los períodos previos de gobierno de PSOE, sin poner a la vez en marcha otras medidas que evitaran la reproducción de la situación anterior.

En lo que parece haber acuerdo en este caso es en que sea cada una de las CCAA, una vez han recibido todas ellas los traspasos del INSALUD, las que afronten, cada una con sus propios criterios, el problema de las formas de contratación, e incluso el ejercicio de las diferentes profesiones sanitarias, cada una en su ámbito de responsabilidad. Lo que plantea el problema de las diferencias que están surgiendo entre unas y otras, que contribuye a dificultar notablemente la libre circulación del personal en el SNS, siendo ésta la mejor garantía de la difusión del conocimiento y la innovación en este terreno, y su falta una contribución significativa a la aparición de desigualdades sanitarias entre los distintos territorios del Estado.

-La ausencia de diferencias significativas en las políticas sanitarias promovidas desde la izquierda con posibilidades de acceder al gobierno y las de la derecha que se ha

alternado con ella en ejercerlo tiene también un reflejo en los asesoramientos con los que una y otra han justificado y basado sus actuaciones respectivas.

En tales asesoramientos y apoyos se han producido coincidencias no sólo personales, sino también corporativas, significativas, en especial desde el terreno de la Economía de la Salud, que resulta en la práctica el sector que ejerce una influencia más importante en la justificación de las políticas que se planean y desarrollan desde cualquiera de los dos ámbitos partidarios citados. Las posiciones expresadas en cada caso desde los ámbitos académicos o corporativos de las disciplinas mencionadas, con independencia de quién sea su demandante, resultan uniformes, reflejando la uniformidad casi unánime que existen en aquéllos, y derivan también en el acercamiento de las posiciones de quienes requieren su asesoramiento.

-Otro factor que contribuye a la uniformidad de las políticas es el predominio neto que ha adquirido en el sector sanitario español la actividad de numerosas fundaciones dedicadas a fomentar el debate sobre los temas sanitarios que son patrocinadas por las industrias sanitarias, en especial las farmacéuticas.

La multiplicación de actividades de esas fundaciones, que no tiene contrapeso con las de otras más propias del ámbito de la izquierda, constituye por sí mismo un polo de atracción por razones económicas, pero también de oportunidad de expresar las propias posiciones, para quienes participan en la administración y la gestión de los servicios sanitarios, sea de manera profesional o transitoria, y con independencia de su adscripción política. La posibilidad de mantenerse de manera habitual en esos foros depende del grado de aceptación por parte de los diferentes actores de las orientaciones generales que derivan de los mismos, que, como es razonable pensar y ocurre en otros países (una excelente explicación de una situación más general, no sólo reducida a los sanitario, pero con evidente proyección hacia éste, se puede encontrar en el libro de Paul Krugman titulado aquí “Después de Bush”), promueven una visión de los “mercados” sanitarios acorde con los intereses de quienes los promueven.

Lo mismo ocurre con las numerosas publicaciones específicas dirigidas a los profesionales sanitarios que existen hoy en España, que ha convertido en noticia la actividad (también la social) del más remoto político, gestor, clínico o profesional en general del sistema sanitario, contribuyendo con ello a crear una imagen uniforme de transformación de los servicios sanitarios en un mercado de los productos más diversos, antes que en un servicio público de prestación igual universal.

-La ausencia de diferencias significativas, más aún a los ojos del observador menos informado, en las políticas sanitarias de los dos partidos mayoritarios antagónicos, unida a la experiencia también mayoritaria de que en diferentes casos en los que se ha producido la alternancia en el gobierno el cambio no ha supuesto otro recambio que el de los titulares de los órganos de gobierno de distintos niveles, ha tenido consecuencias importantes sobre el sistema sanitario.

Ante todo, la exclusión de la organización y el funcionamiento del sistema sanitario del ámbito de atención más general de la población, como un terreno en el que no existirían alternativas diferentes a lo que existe, sea quien sea el que gobierne. Que las quejas personales que pudieran dirigirse contra el sistema carecen de solución general. Y, de la misma manera, que a partir de los derechos generales establecidos (el campo de los tiempos de espera es un buen ejemplo) sólo se estimulan acciones individuales, nunca organizativas ni colectivas, por su posible vulneración. Una asunción que tiene también otra deriva en la judicialización progresiva de las actuaciones sanitarias de cada profesional, a la búsqueda de compensaciones individuales, con preferencia de carácter económico, a los problemas personales que se hubieran podido producir en la obtención de la prestación.

6.- Un factor determinante de la situación actual del sistema sanitario español es la falta de desarrollo de políticas públicas específicas por parte del Partido Socialista en tres terrenos concretos: el de la farmacia y los medicamentos, el de las formas de gestión del sistema sanitario adaptadas a las características específicas de la situación y organización de los servicios sanitarios españoles, y el del personal sanitario.

Lo que se trata de subrayar en este caso no es que las políticas desarrolladas en estos ámbitos no hayan sido diferentes a las del partido de la derecha, sino que las desarrolladas por el Partido Socialista en estos terrenos no han aportado soluciones adecuadas para los problemas existentes en esos ámbitos, que ocupan, sin embargo, un lugar central en la constitución de cualquier sistema sanitario, también del español. Por lo que esa ausencia de soluciones para los problemas más importantes en esos terrenos ha constituido una carencia específica para el desarrollo de éste, que ha gravado de manera decisiva su consolidación.

-En el caso de las políticas farmacéuticas, el problema principal era ya desde antes de la constitución del SNS en la Ley General de Sanidad el del nivel del gasto farmacéutico y su ritmo de crecimiento, que hipotecan el desarrollo de otras políticas, actuaciones y preferencias en el terreno sanitario.

Ni las garantías de seguridad de los medicamentos, ni la incorporación de nuevos métodos de diagnóstico y tratamiento, incluyendo en éstos los nuevos productos farmacéuticos, constituyen un problema real para el sistema sanitario español. Antes al contrario, la facilitación para la incorporación de los nuevos productos, que se ha vinculado al establecimiento del precio que debe pagar el sistema sanitario público por cada producto nuevo, sin una consideración adecuada del valor añadido que supone su incorporación respecto a los productos ya existentes, junto con el cierre de las posibilidades de negociación por parte del SNS de los precios que le podrían ser aplicados como consumidor masivo y preferente, constituyen un círculo cerrado no virtuoso que ha contribuido a mantener el nivel del gasto farmacéutico alrededor de diez puntos porcentuales con respecto al gasto sanitario público por encima del promedio de otros sistemas sanitarios semejantes al español. La cerrazón aplicada a las posibles soluciones alternativas a los costes en la distribución de los productos, con márgenes garantizados y homogéneos con independencia del precio por la dispensación de productos ya elaborados, constituye un refuerzo objetivo para el mantenimiento de esa tendencia.

La ausencia constatada de políticas globales dirigidas a cambiar esa situación, y el escaso desarrollo de algunas de las iniciadas con carácter parcial (precios de referencia, desarrollo de los genéricos) han constituido una hipoteca permanente para el desarrollo equilibrado del sistema sanitario, a la vez que ha desaparecido del horizonte la posibilidad de modificar esa situación. De su mantenimiento se benefician principalmente la industria sectorial, con predominio neto de las empresas transnacionales asentadas aquí, y las corporaciones que monopolizan la distribución de los productos, sin que como contrapartida se haya podido lograr siquiera la consolidación de un sector industrial propio suficientemente desarrollado, cuya posibilidad ha desaparecido también del horizonte industrial español. .

-En el caso de la organización y la gestión del sistema sanitario, su importancia deriva de que la forma en que se llevan a cabo una y otra, a través y mediante formas y recursos públicos, en los sistemas sanitarios caracterizados como Servicios Nacionales de Salud constituye la ventaja competitiva más importante frente a las características propias de otros sistemas (de Seguridad Social; de seguros privados) para garantizar su eficiencia, que es superior a la de esos otros sistemas.

La descripción realizada a lo largo del recorrido previo de este texto permite observar, sin embargo, que la evolución de ambas cuestiones en el sistema sanitario

español se ha producido más de manera pasiva y a través de la tolerancia de iniciativas unilaterales, fueran del gobierno central o de los autonómicos, que por una definición explícita y clara del modelo a seguir en el SNS. Modelo que, por otra parte, y como he indicado previamente, tampoco se fijó de manera precisa en el texto, la Ley General de Sanidad, que supuso su creación.

La deriva seguida en ese campo, sin establecimiento de los límites precisos en los que cabrían variantes coordinadas de organización y gestión del sistema para mantener sus condiciones de universalidad y equidad, ha permitido que en su evolución se hayan introducido entidades (centros de propiedad privada y entidades de seguro) cuya participación en la gestión del sistema público constituye un peligro manifiesto para el mantenimiento de las condiciones citadas.

-En el caso de las políticas de personal la carencia de políticas claras ha tenido manifestaciones diversas: la consideración de la profesión médica por el SNS ha sufrido un grave deterioro en detrimento de su funcionamiento; lo contrario ha ocurrido en el caso de la enfermería de manera general, sin que su cambio de situación académica y laboral se haya acompañado de una mejora evidente de sus aportaciones al funcionamiento del Sistema.

Otro ámbito de deterioro manifiesto ha sido el de la profesionalización de la administración y al gestión del Sistema, que se ha sustituido por un incremento manifiesto de su politización hasta niveles muy bajos de la organización.

Que las políticas de personal y un desarrollo equilibrado de éstas, en el que el papel preponderante siga correspondiendo a los médicos dado que la prestación de servicios de esa naturaleza es la base de la constitución del SNS, sin perjuicio de la importante contribución de otras profesiones sanitarias a las distintas formas y niveles de atención, constituye una justificación suficiente de que los desarrollos inadecuados en este terreno provocan déficits fundamentales en el desarrollo de nuestro sistema sanitario.

Las carencias observadas en las políticas desarrolladas en estos tres terrenos concretos sugieren que no será posible una mejora del Sistema si no se definen políticas específicas en cada uno de ellos que inviertan su situación actual y lo libren de las hipotecas que supone su ausencia.

7.- El Sistema Nacional de Salud, concebido en sus orígenes como un “servicio nacional de salud”, ha tenido en resumen un desarrollo desequilibrado, incoherente e incompleto de sus distintos aspectos: si bien la financiación se realiza por completo por impuestos generales, el Sistema no ofrece la protección sanitaria universal y vinculada a la condición de ciudadanía que debería acompañar en paralelo a la primera; por su parte, la introducción progresiva de medios y mecanismos de gestión ajenos al propio Sistema pone en cuestión las ventajas en términos de eficiencia de que disponen los servicios nacionales de salud como consecuencia de la utilización de sus propios medios y mecanismos de gestión.

El proceso de descentralización de la atención sanitaria que se ha llevado a cabo, asentado sobre una línea de interpretación muy discutible, pero en apariencia irrevocable, de la distribución de las competencias en las materias sanitarias, y que se ha guiado ante todo por los intereses económicos de las CCAA, ha añadido contradicciones a todos esos aspectos definitorios del Sistema: el sistema de financiación desarrollado amenaza con provocar desigualdades territoriales significativas en la capacidad financiera de garantizar el acceso a niveles similares de cobertura a toda la población, sin que el Gobierno del Estado disponga de mecanismos financieros compensadores ni estén definidos los términos de desigualdad no financiera que habría que equilibrar; las CCAA aparecen cada vez más como definidoras y garantes de la protección sanitaria de su propia población, sin que exista tampoco ningún instrumento estatal que garantice la universalidad personal y territorial de la protección; por último, la descentralización ha facilitado también la diversificación y la ausencia de coordinación efectiva de los instrumentos de gestión del sistema, contribuyendo con ello a su ineficiencia.

Por otra parte, la persistencia de sistemas de protección diferenciados para determinados colectivos “privilegiados”, que se caracterizan sobre todo por facilitar el acceso con financiación pública también diferenciada a sistemas y medios privados de atención, constituye una amenaza real de deriva hacia el establecimiento de dos sistemas de protección sanitaria diferentes, uno “para pobres” (el “régimen general”, en el que además de los trabajadores por cuenta ajena con las excepciones indicadas se integra la población sin recursos, incluidos los inmigrantes) y otro u otros varios en los que se garantiza la atención diferenciada de esos grupos específicos de población.

IV.- A LA BÚSQUEDA DE LAS RAZONES DE LA EVOLUCIÓN DE LAS POLÍTICAS SANITARIAS DESARROLLADAS EN ESPAÑA DESDE LA TRANSICIÓN.

IV.1.- Una primera valoración: ¿está justificado centrar la observación de manera preferente en las actitudes y políticas sanitarias desarrolladas por el Partido Socialista?

La primera parte de este trabajo la he dedicado a la descripción y el análisis de las políticas sanitarias que se han desarrollado en España desde la Transición.

La atención de mi descripción se ha centrado de manera más amplia en los períodos iniciales de la constitución del sistema sanitario español una vez situado éste en el contexto de un régimen político democrático. He dedicado también, sin embargo, una parte de la atención a la descripción de las raíces que pudiera tener el sistema sanitario constituido bajo el nombre de Sistema Nacional de Salud en el régimen dictatorial anterior. Una y otra opciones se han basado en la consideración de la importancia que las bases constitutivas de nuestro sistema sanitario hubieran podido tener sobre el desarrollo posterior de las políticas sanitarias puestas en práctica, que habrían podido resultar de esa manera condicionadas en mayor o menor medida en su orientación por su desarrollo inicial.

De otro lado, una buena parte de los análisis que he realizado se han centrado en las posiciones desarrolladas por el Partido Socialista durante este período, tanto a lo largo de los amplios plazos durante los que desempeñó y desempeña el Gobierno de la nación, como durante aquellos otros, más reducidos hasta ahora, en los que le ha correspondido ejercer la principal labor de oposición.

Esta segunda línea de opción requiere por su parte de una justificación diferente a la que he dado para explicar los motivos que me han llevado a profundizar de manera especial en la descripción y los análisis de los primeros períodos democráticos. Una justificación que, por otra parte, debe ser también distinta a las invocaciones del propio Partido Socialista en las que, como he indicado en los apartados descriptivos y analíticos previos, se califica a sí mismo como autor efectivo del modelo sanitario español. Hay, en todo caso, razones que considero suficientes como para justificar esta segunda opción:

1)La primera de ellas es que hay diferentes evidencias que avalan el criterio de que el desarrollo de los sistemas sanitarios públicos que ofrecen protección sanitaria

universal en los países en que se encuentran asentados tuvo relación en su origen con la presencia de gobiernos social-demócratas o de orientación equivalente (una referencia que pretende incluir al Partido Demócrata norteamericano, pese a las diferencias existentes entre éste y los partidos socialdemócratas de una u otra denominación a nivel europeo; lo mismo ocurre con el Partido Liberal canadiense) en los países respectivos³⁰⁷.

Ocurrió así en el caso de la creación del National Health Service (NHS) británico, el paradigma posterior de los Servicios Nacionales de Salud, nacido en 1948³⁰⁸ bajo el mandato de un gobierno laborista. Pese a que Sir William Beveridge quien, con su célebre informe de 1942 “*Social Insurance and Allied Services*” (Beveridge, 1942), realizado en pleno período bélico, fue el inspirador inicial de la creación del servicio, no era miembro del Partido Laborista, sino del Liberal, fue Aneurin Bevan, ministro de sanidad del primer gobierno laborista después de la guerra, quien en la fecha indicada llevó a cabo su creación efectiva.

³⁰⁷ El desarrollo de este argumento que se lleva a cabo a continuación se refiere de manera específica a los servicios sanitarios que ofrecen protección sanitaria a toda la población.

La cuestión más amplia de la relación entre programas y servicios de bienestar en general, valorados en términos de la proporción de los recursos nacionales asignados a los programas de bienestar social, y la intervención en su desarrollo de gobiernos de partidos socialdemócratas ha sido objeto de amplio debate durante mucho tiempo.

Algunos autores, como Wilensky (1975), han negado el efecto redistributivo global de los programas de bienestar, a la vez que defienden la irrelevancia de la política en el desarrollo de esos programas y de los sistemas que los aplican, considerando, por el contrario, que, para niveles de desarrollo económico similares, todos los países organizan programas de protección semejantes. Esta posición resulta contradictoria, por ejemplo, con la sostenida en otro trabajo más reciente, que se cita en un apartado posterior (Haggard, 2008) en el que se analiza la evolución de los sistemas sociales de protección social en diferentes grupos de países que ha seguido procesos de transición a la democracia en los últimos treinta años.

Un resumen muy amplio de esos debates se puede encontrar en el capítulo IV de Maravall JM. (1981). *La política de la transición 1975-1980*, p. 219-277, en el que puede leerse a modo de resúmenes parciales que “*el porcentaje de gastos en servicios sociales financiados por impuestos directos, (es decir, la sección más redistributiva de los presupuestos gubernamentales) aumenta cuando la fuerza electoral de los partidos socialdemócratas crece, independientemente del nivel de desarrollo económico y la tasa de crecimiento económico*” (p. 237-238); y que *la revisión crítica de las políticas socialdemócratas muestra fundamentalmente que su impacto redistributivo ha ido dirigido a favorecer sobre todo a aquellos que estaban fuera del mercado de trabajo (parados, enfermos, jubilados, incapacitados) y después, a promover una mayor igualdad entre los sectores empleados*” (p. 240-241).

Con independencia de que la financiación con impuestos generales y la cobertura universal al margen de la relación laboral, cuestiones a las que se refieren las dos afirmaciones señaladas, constituyen dos de los pilares fundamentales de los sistemas universales de protección sanitaria conocidos como “servicios nacionales de salud”, mi posición es que los servicios sanitarios requieren de un análisis propio y específico por sus propias características diferenciales que he analizado en otros trabajos previos (Rey del Castillo, 2001b), entre ellas la imposibilidad de compensar de manera alternativa sus efectos protectores con los de otros sistemas de protección, y por la creciente importancia en términos económicos de su gestión y su gasto..

³⁰⁸ La Ley por la que se acordó su creación es de 5 de Julio de 1948.

El amplio período de gobierno del Partido Socialdemócrata en Suecia, que se prolongó durante más de treinta años después de la Segunda Guerra Mundial, no permite albergar ninguna duda acerca de la vinculación entre el partido socialdemócrata sueco y la creación de su Servicio nacional de salud, el cual, por las peculiares condiciones demográficas y territoriales de aquel país, tiene una base local.

Autores tan diferentes como Vicente Navarro (1989) y Paul Krugman (2007), o el propio New York Times (2009 a) coinciden en la descripción de las condiciones que llevaron a la firma de la ley que condujo a la creación de las dos únicas formas iniciales de protección pública sanitaria en los Estados Unidos³⁰⁹ bajo el mandato demócrata de Lyndon B. Johnson el 31 de Julio de 1965, recogiendo las propuestas formuladas por el frustrado presidente Kennedy en el mandato anterior; una firma por otra parte realizada en presencia del anterior presidente, también demócrata, Harry S. Truman, cuyo proyecto previo para la creación de un programa nacional de salud de cobertura universal había sido finalmente derrotado unos años antes³¹⁰.

La extensión universal de la cobertura sanitaria pública en Canadá, previamente llevada a cabo de manera parcial y distinta en cada caso por las provincias canadienses, tuvo lugar en aquel país bajo el mandato del Partido Liberal, el equivalente socialdemócrata en términos de aquel país, en 1970. Por su parte, el Partido Socialista canadiense (NDP) tuvo un papel importante en el desarrollo del sistema de protección sanitaria en la provincia de Saskatchewan, que constituyó, a su vez, un modelo para la extensión de la cobertura sanitaria a toda la población.

No hay, por el contrario, ningún caso conocido en el que la creación o la extensión universal de un sistema de protección sanitaria en cualquier país se haya dado bajo el mandato de un partido que se pueda englobar bajo la denominación de “conservador” y que, en relación con ello, no incluya de una u otra manera entre sus soportes sociales mayoritarios característicos a las clases trabajadoras.

Si de manera contradictoria se pretende invocar el precedente de la creación en Alemania por el canciller Bismarck de un Seguro de enfermedad para determinados grupos de obreros industriales (con renta anual inferior a 2.000 marcos de aquel momento), lo que tuvo lugar mediante una ley de 15 de junio de 1883, la propia

³⁰⁹ Medicare, para la población jubilada, y Medicaid, para aquéllos que no alcanzan determinado nivel de ingresos; la protección pública se amplió posteriormente con el sistema de protección sanitaria para los veteranos de guerra, y con el sistema de protección SCHIP para niños sin otra protección.

³¹⁰ Una perspectiva histórica muy amplia de las vicisitudes de las propuestas dirigidas a lograr la cobertura sanitaria universal, aún no lograda, en los Estados Unidos, puede verse en Blumenthal (2009).

referencia sirve para ilustrar la vinculación entre el poder político preponderante de las clases trabajadoras en un momento dado para la creación de servicios sanitarios universales, poder ejercido a través de los partidos que las representaran de manera más amplia en ese momento, y las limitaciones de los sistemas de protección sanitaria creados si no se daba esa situación.

Esta vinculación ha sido bien descrita por Navarro (1989) a partir del análisis de distintos países. Un análisis en el que, por otra parte, y en contraposición a otros historiadores sociales, como Sigerist (1943)³¹¹, combate la idea de que la lucha política por la extensión universal de la protección sanitaria “distrajera” a las clases trabajadoras de otros objetivos más “revolucionarios” que le serían propios³¹². La propia extensión universal de la protección sanitaria resulta, según Navarro, por el contrario, una buena expresión del poder político alcanzado por las clases trabajadoras, y su representación política a través de los partidos correspondientes (normalmente uno solo en cada caso), en ese momento³¹³.

³¹¹ Una posición similar a la de Sigerist formulada en un plazo más cercano y desde un ámbito externo al sanitario se puede ver en Birnbaum (1969). p. 78.

³¹² En todo caso la existencia de una cierta relación de tensión entre una y otra clase de objetivos se sigue apreciando por algunos autores. Harvey (2003), p. 132, por ejemplo, señala que *“La izquierda marxista/socialista planteaba clásicamente que el proletariado, definido como los trabajadores asalariados privados de acceso a la propiedad de los medios de producción, era el agente clave del cambio histórico. La contradicción principal era la que se da entre capital y trabajo en y en torno al lugar de producción. Los instrumentos organizativos principales de la clase obrera eran los sindicatos y los partidos políticos, cuyo objetivo consistía en conquistar el poder estatal para regular o sustituir la dominación de clase capitalista...Todas las demás formas de lucha se consideraban irrelevantes. Había, por supuesto, muchos matices y variaciones sobre este tema, pero en lo fundamental prevalecía la opinión de que el proletariado era el único agente de la transformación histórica. Las luchas orientadas por esa prescripción alcanzaron notables frutos durante gran parte del siglo XX, en particular en los países capitalistas avanzados. Aunque no se produjeron transformaciones revolucionarias, el creciente poder de las organizaciones y partidos políticos de la clase obrera consiguió notables mejoras en el nivel de vida material y la institucionalización de un amplio abanico de protecciones sociales. Los Estados de bienestar socialdemócratas que se constituyeron en Europa occidental y Escandinavia podían considerarse, pese a sus problemas y dificultades intrínsecas, como modelos de desarrollo progresista. Y no se habría llegado a esos resultados de no haber sido por una organización proletaria realmente resuelta que desplegó su actividad en el marco de la reproducción ampliada en cada Estado-nación...Aunque la firmeza fue eficaz, se pagó con innumerables exclusiones. Los intentos, por ejemplo, de incorporar a la agenda de la izquierda los movimientos sociales urbanos fracasaron en general...Movimientos sociales como el feminismo o el ecologismo permanecieron fuera del ámbito de la izquierda tradicional, que tendía a ignorar la relación existente entre las luchas domésticas por la mejora social y los desplazamientos externos característicos del imperialismo (lo que facilitó que gran parte del movimiento obrero en los países capitalistas avanzados cayera en la trampa de actuar como aristocracia obrera para preservar sus propios privilegios, apoyando al imperialismo si era preciso)...La política organizada en torno al puesto de trabajo y la producción dominaba a la de espacio cotidiano...”*.

³¹³ Esta valoración parece más ajustada que las apreciaciones realizadas por algunos políticos de la izquierda en España en los momentos que rodearon a la Transición y la definición del sistema sanitario español. Pueden servir de ejemplo en este sentido las realizadas por el Conseller de Sanidad y Asistencia Social del primer Gobierno democrático de la Generalitat de Cataluña, entonces miembro del PSUC, Ramón Espasa, en el prólogo al primer libro del propio Vicente Navarro publicado en España, titulado *La*

En aquellos casos en los que no se dió esa situación, como es el de la Alemania del canciller Bismarck, los servicios sanitarios se crearon bajo premisas distintas, que apuntaban a una diferenciación en la protección para los trabajadores de ramas de producción o incluso de empresas diferentes; una protección que se organizaba a través de “cajas” separadas, y que, como en el caso alemán descrito, sólo incluía inicialmente a grupos limitados de población trabajadora. Esa creación de diferencias entre grupos distintos de trabajadores servía también como instrumento, vía la creación de intereses diferentes y hasta contrapuestos, para socavar el poder político conjunto de las clases trabajadoras ejercido a través de las organizaciones políticas y sindicales que las representaban en cada caso.

Por el contrario, como describe Navarro en el trabajo citado, la presión para la extensión universal de la protección sanitaria en los Estados Unidos, que resultó finalmente fallida y limitada años después a los sistemas parciales de protección para los grupos de población descritos antes, coincidió en el tiempo, en el período posterior a la Segunda Guerra mundial, con el de mayor desarrollo del poder de las organizaciones sindicales: *“Nunca antes las clases trabajadoras había sido tan fuertes, pero no lo fueron lo suficiente como para forzar el desarrollo del negocio inacabado del New Deal (término que cabría traducir en términos actuales por Nuevo Contrato Social) - el establecimiento de un programa nacional de salud³¹⁴”*.

medicina bajo el capitalismo (Navarro, 1976), en el que, como expresión de lo que constituían los análisis, y quizás sobre todo las esperanzas, de al menos una parte de quienes desde el ámbito sanitario participaban(mos) de manera activa en la política de la Transición, se incluían expresiones como las siguientes: *“De la concepción, los medios y las finalidades que se atribuyan al sector de la salud se va a desprender el papel que pueda jugar éste como cohesionador o revulsivo de la formación social en que queda enmarcado. El derecho a la salud del individuo y de la colectividad va apareciendo cada vez más a los ojos de amplias mayorías como una meta difícil de conseguir, pero a la que hay que llegar. Precisamente el logro de esta meta puede, y de hecho ya está sucediendo así, convertir el sector de la salud en uno de los escenarios donde una nueva concepción de la organización de la salud y de la sociedad, el socialismo, encuentre mayores y más expresivos ejemplos de su superioridad. Ejemplos tan expresivos que sirvan, a través de su toma de conciencia por las más amplias mayorías, de poderosas palancas para acelerar el cambio no sólo sanitario sino social...”*.

³¹⁴ La cita continúa con el siguiente texto, que reproduzco en su integridad por lo que pueda tener de evocador de algunas de las situaciones que se han dado o se dan ahora en España: (En los Estados Unidos) *“la cobertura sanitaria seguía siendo provista y administrada mayoritariamente por los empleadores, y sólo para una pequeña parte de la población trabajadora. Esta cobertura sanitaria limitada se expandió moderadamente durante la Segunda Guerra mundial. La guerra tuvo en todo caso un enorme impacto sobre la población norteamericana: fue una guerra antifascista que se ganó con la promesa de un mundo mejor. Como consecuencia, aumentó enormemente las expectativas populares. Los trabajadores tenían una actitud militante y demandaron de nuevo un programa nacional de salud. Tanto las organizaciones sindicales de los sectores industriales de la CIO como los sindicatos de empleados de la AFL demandaron el desarrollo de ese programa. Como Presidente de la AFL, el Sr. William Green señaló que “Los hechos y la lógica están del lado de un seguro sanitario nacional... Más pronto o más tarde este programa, por el que luchan los trabajadores, será puesto en marcha”*.

Esta coincidencia entre la fuerza sindical, y los partidos políticos que lo representaran, y el desarrollo del estado de bienestar, y en concreto de un sistema sanitario público que ofrezca protección universal, ha sido también subrayada de manera reciente por el último premio Nóbel de Economía Paul Krugman. En su libro antes citado titulado aquí “*Después de Bush*” (p. 81-83) señala que “entre 1935 y 1945

La clase capitalista se opuso con fuerza a esas demandas, y desencadenó una respuesta en todos los frentes, ideológicos, políticos y económicos, dirigida a debilitar a la clase trabajadora. A través de su enorme influencia en el Congreso norteamericano fue capaz de promover la aprobación de la Ley Taft-Hartley, a la que se opuso con escaso éxito la clase trabajadora, que prohibía a ésta actuar como clase: un ejemplo de ello era la prohibición, que todavía se mantiene, de las huelgas de un sector productivo en apoyo de los trabajadores de otro sector. Ningún otro país capitalista ha desarrollado una legislación similar. Esta legislación, patrocinada por el Senador Taft (que también se opuso al programa nacional de salud) debilitó de manera importante a la clase trabajadora. Como consecuencia, la cobertura sanitaria siguió estando bajo la dependencia de los convenios colectivos sector por sector y acuerdo por acuerdo. El resultado es que el 85% de la protección sanitaria en los Estados Unidos está relacionada con el trabajo, reforzando las desigualdades y diferencias entre trabajadores asalariados, favoreciendo a los más fuertes (los sectores laborales de mayor fuerza negociadora) y discriminando en sentido desfavorable o simplemente excluyendo de la protección sanitaria a los sectores en los que esa fuerza es menor. En consecuencia, como no ocurre en ningún otro país y como ha impuesto la ley, la cobertura sanitaria en los Estados Unidos se basa en el “interés de grupo” antes que en la situación de clase. Esto ha socavado la solidaridad de clase en relación con el estado de bienestar, dado que estos grupos de trabajadores que disponen de una posición privilegiada en el mercado privado de servicios sanitarios son menos proclives a apoyar e identificarse con los programas públicos.

Es importante subrayar que, en sentido contrario a lo sugerido por algunos autores, la Ley Taft-Hartley fue una derrota, y no una victoria, de la clase obrera norteamericana, y que el derecho a incluir la cobertura sanitaria en la negociación colectiva no fue un signo de fortaleza, sino de debilidad, de la fuerza laboral de este país. Fue un indicador de la derrota de las demandas de los trabajadores de un programa nacional de salud, una demanda que cuando se aprobó la Ley Taft-Hartley apoyaba incluso el moderado líder del sindicato AFL, George Meany.*

En resumen, es la debilidad de la clase obrera norteamericana, que no tiene paralelo en otros países capitalistas occidentales, junto con la ausencia de un partido socialista de masas y una baja tasa de sindicación, junto con la fortaleza de la clase capitalista del mismo país, que no tiene tampoco paralelo con la de cualquier otro país capitalista occidental, la que explica la ausencia de una programa comprensivo y universal de salud en los Estados Unidos. En otras sociedades del “nuevo mundo”, como Canadá, Australia o Nueva Zelanda, existen partidos socialistas de masas que han sido responsables del establecimiento de programas nacionales de salud dentro de los parámetros del estado de bienestar de los países capitalistas”.

* Por su parte, la inclusión de la cobertura sanitaria en la negociación colectiva venía siendo realizada desde muchos años antes de la promulgación de esta ley. En 1949 una decisión del Tribunal Supremo había confirmado la posibilidad de que esa materia formase parte de la negociación. Una ley de 1954, la Internal Revenue Act, eximió de la tributación en los impuestos que gravan la renta personal a las retribuciones sanitarias “en especie” recibidas por los trabajadores en la cuantía equivalente a la cotización realizada por las empresas a las aseguradoras correspondientes por cada trabajador, lo mismo que a las pensiones (*A History of Health Care Reform*. New York Times, 2009). Esta exención ha sido muy debatida desde entonces. Sólo en 2008 se calculó por el Comité conjunto del Congreso norteamericano sobre impuestos que el coste de esa exención sobre los ingresos obtenidos por impuestos fué de 226 billones de dólares. Su derogación ha constituido en concreto una de las propuestas realizadas desde una parte de las filas demócratas para financiar la extensión universal de la cobertura sanitaria propuesta por el Presidente Obama, sin que a la fecha de redactar estas líneas se haya llegado todavía a un acuerdo siquiera entre los congresistas y senadores demócratas, ni tampoco con los sindicatos. Los argumentos de estos últimos en los Estados Unidos en contra de esa derogación evocan la primera respuesta dada por el Secretario General de la UGT, Cándido Méndez, en fecha reciente al oponerse en primera instancia a la supresión de la “entidad colaboradora” de la Seguridad Social por la Comunidad de Madrid, considerando que los beneficios de una atención sanitaria especial recibidos por los trabajadores incluidos en aquélla constituían un “derecho adquirido” por éstos de inadecuada supresión.

la proporción de trabajadores estadounidenses integrados en organizaciones sindicales pasó del 12 al 35%, y hasta fecha tan tardía como 1970 dicha tasa fue del 27%. Y los sindicatos generalmente, aunque no siempre, otorgaban su apoyo a los demócratas. En las elecciones de 1948 aproximadamente tres cuartas partes de las dos grandes organizaciones sindicales, la American Federation of Labor y el Congreso of Industrial Organizations, votarían por Truman.

Con todo, la contribución de los sindicatos a que el demócrata se erigiera en partido dominante en Estados Unidos fue más allá del tradicional apoyo electoral a los candidatos de ese partido...Tan pronto como las organizaciones sindicales empezaron a representar una fuerza poderosa...éstas permitían al partido disponer de una estructura organizativa previa, además de aportarle una fuente segura de ingresos con los que financiar la campaña...Menos visible pero igualmente decisiva resultaba la influencia ejercida por unas organizaciones sindicales poderosas sobre el grado de concienciación política y de participación electoral de los ciudadanos estadounidenses con ingresos medios y bajos ...El votante medio suele poseer unos ingresos más elevados que la persona media, y ésa es una de las razones por la que los políticos tienden a diseñar sus programas pensando en los ciudadanos con ciertos recursos económicos. La influencia de los sindicatos tiene como consecuencia una reducción de ese sesgo clasista, toda vez que éstos apremian a votar a sus afiliados...Ello comporta asimismo una más elevada participación en los procesos electorales entre los estadounidenses con menores ingresos...La fuerza con la que contaban los sindicatos como instituciones contribuyó a desplazar hacia abajo el centro de gravedad de la política económica estadounidense, beneficiando así inmensamente a los demócratas.

Resumiendo, cabe afirmar que, durante la década de 1950 y hasta bien entrada la de 1960, esa misma política resultó mucho más proclive a favorecer medidas de equiparación que durante la Larga Edad Dorada (el período comprendido entre la década de los 1870 hasta la de los 1930, caracterizada por el propio Krugman como “una etapa histórica definida primordialmente por elevados niveles de desigualdad económica persistente”. Krugman, 2007, p. 25). Al mismo tiempo, el Estado de Bienestar había dejado de resultar una aspiración extremista, pasando, en cambio, quienes se proponían desmantelarlo por excéntricos”.

Por su parte, en el informe sobre el curso de las propuestas de reforma sanitaria en los Estados Unidos al que se puede acceder en el New York Times (2009), *A History of Health Care Reform*, al referirse a la firma por el presidente Johnson el 31 de julio de

1965 de la ley que dió lugar a la creación de Medicare y Medicaid se puede leer que *“con el aplastante triunfo electoral para el Congreso que tuvo lugar en 1964 y con la creciente influencia de los sindicatos y el movimiento por los derechos civiles en aquel momento, las reformas sociales pasaron a la primera línea de prioridad de la agenda política del presidente Johnson, que firmó la legislación creando los programas Medicare y Medicaid...”*.

En otros trabajos (Haggard, 2008, p. 22) se han puesto de manifiesto amplias evidencias cuantitativas y cualitativas, derivadas del análisis de casos, de que los sindicatos y los partidos de izquierda son determinantes esenciales de la naturaleza y la amplitud de la cobertura de los estados de bienestar en general (Huber, 2001, p.113).

La coincidencia en análisis de origen tan dispar no parece que permita albergar grandes dudas acerca de la verosimilitud de la vinculación establecida entre la iniciativa y presencia de gobiernos socialdemócratas o de perfil más o menos equivalente, junto con la fuerza de sus apoyos sociales naturales, y el establecimiento de programas y sistemas de protección sanitaria pública universal.

2) Aunque algunos estudios (Pierson, 1994) han puesto de manifiesto que la importancia del apoyo a los estados de bienestar de los partidos de izquierda y los sindicatos tiende a decrecer a medida que pasa el tiempo desde su constitución, como consecuencia de que aquéllos generan grupos de interés y de beneficiarios más amplios, en otros análisis se ha puesto de manifiesto no ya la relación de la existencia de gobiernos socialdemócratas en los países en los que se han implantado servicios que ofrecen protección sanitaria a toda la población, y la existencia de una posición de fuerza por parte de los grupos y clases sociales que constituyen su apoyo natural, sino también la relación entre los plazos en que después de la creación de esos servicios han ejercido la responsabilidad del gobierno de cada país partidos de ese carácter y el desarrollo en términos de extensión y amplitud material y poblacional de la protección ejercida (Westert, 1999; Navarro, 2001b).

3) Un tercer argumento permite sugerir que la implantación de los programas o servicios que ofrecen protección sanitaria universal en diferentes países, en cuyo origen se detecta la intervención de partidos de perfil socialdemócrata y, en sentido contrario, no de ningún partido conservador, no ha sido tampoco el resultado de grandes acuerdos políticos previos entre partidos de diferente carácter, ni siquiera a partir de propuestas iniciales de uno de perfil socialdemócrata.

La iniciativa y la aplicación de éstas por parte de cada uno de los partidos de ese carácter correspondiente ha sido siempre unilateral³¹⁵. No existen precedentes de grandes acuerdos “nacionales”, que tantas veces se invocan en España, para la constitución de los servicios sanitarios públicos universales en los países que los han constituido así³¹⁶, aún a riesgo de que esa constitución unilateral pudiera suponer el cambio de las características fundamentales del modelo por un gobierno posterior de diferente orientación.

En la práctica, tal cambio posterior no se ha producido en ninguno de los países en los que los servicios sanitarios se han constituido de esa forma.

Ni siquiera se puede decir que la ausencia de cambios en el modelo puesto en marcha haya tenido relación en distintos países con la prolongación inmediata del período de gobiernos socialdemócratas tras el que implantó en cada caso el servicio público sanitario universal. Podría aducirse esa causa en el caso de Suecia, donde los gobiernos socialdemócratas se prolongaron, como he indicado, durante más de treinta años continuados. Pero de hecho, tanto en el Reino Unido tras la creación del NHS, como en los Estados Unidos tras la creación de Medicare y Medicaid, los gobiernos

³¹⁵ Para el caso del Reino Unido puede verse, por ejemplo, la descripción de Webster (2002), p. 12-13: *“La victoria obtenida por el Partido Laborista en todo el país en el verano de 1945 representó para éste una oportunidad para ejercer un liderazgo decisivo sobre la política social; el Partido se comprometió a un ambicioso programa de desarrollo del estado de bienestar. El Partido laborista venía comprometiéndose desde hacía mucho tiempo a establecer un servicio de salud de amplia cobertura, compromiso que se renovó en abril de 1943 en su documento “Servicio Nacional de Salud”, publicado en Abril de 1943, coincidiendo con el lanzamiento de un plan similar por el Gobierno de coalición existente en aquel momento. Dentro de esa coalición, los ministros laboristas trataron de forzar el ritmo de la reforma del sistema sanitario. Después del colapso del plan de 1943, el Partido Laborista fue reticente a mantener el apoyo al Libro Blanco elaborado por el gobierno de coalición en 1944 y desconfió de todas las modificaciones que se propusieron al mismo, que fueron vistas como una erosión de los difíciles compromisos que se habían alcanzado en el Libro Blanco...Una vez designado Aneurin Bevan, un ex minero de Gales del Sur conocido como un diputado irritante de tendencias izquierdistas...éste despejó rápidamente las dudas acerca de su capacidad para llevar a cabo una decisiva acción de construcción del sistema... Tanto en al nivel del servicio público como entre amplios sectores de la población, Bevan trató de estimular, y lo logró en buena parte, la creencia de que el nuevo servicio de salud era un avance neto mediante el que el Reino Unido estaba demostrando el camino a seguir por la civilización como conjunto...”*

³¹⁶ Aunque la cita no vale para los servicios sanitarios, puesto que las reformas promovidas en este campo inicialmente por el Presidente Roosevelt en los Estados Unidos fracasaron, para las reformas generales del Estado de bienestar conocidas como el New Deal que promovió se ha observado que *“con la única excepción de la Ley de Emergencias Bancarias de 1933 (que dio al presidente autoridad para cerrar los bancos nacionales, y que fue aprobada por unanimidad por la Cámara de Representantes), las principales innovaciones legislativas de los años 30 se aprobaron contra la vigorosa oposición de una minoría profundamente atrincherada en sus posiciones. La regla de la mayoría, tal como era vista por Roosevelt, no necesitaba del permiso de sus oponentes”*. Este recordatorio está hecho recientemente en el contexto de las disputas en el Congreso y el Senado norteamericanos sobre la reforma sanitaria que pretende llevar a cabo el Presidente Obama. (Smith JE, 2009).

siguientes a los que los crearon cambiaron de color, pasando a ser del Partido Conservador en el Reino Unido y del Republicano en el caso de los Estados Unidos.

La asunción del modelo por partidos ajenos a la creación de unos y otros se ha puesto ante todo en relación con el arraigo del propio modelo y, sobre todo, de lo que éste significaba en sus sociedades respectivas en cuanto a garantizar la protección sanitaria para amplios grupos de población que hasta entonces carecían de ella de manera accesible y asumible económicamente, siempre que esta demanda haya tenido arraigo real entre el conjunto de la población³¹⁷.

Para el caso de los Estados Unidos, en la época que siguió a la derrota sufrida finalmente por el Presidente Truman para la constitución de un seguro público sanitario universal, en términos de Paul Krugman citados al final de la larga cita anterior, “*el Estado del Bienestar había dejado de resultar una aspiración extremista, pasando, en cambio, quienes se proponían desmantelarlo como excéntricos*”. O, como señala poco más adelante (Krugman, 2007, p. 85) “*pese a todo, el partido republicano siguió a flote, pero lo hizo escorándose hacia el nuevo centro político. Así, el general Eisenhower ganaría las elecciones presidenciales como candidato de dicho partido, en parte, a*

³¹⁷ Esta matización viene a cuento a partir de la observación de las posiciones adoptadas por el Partido Republicano en el debate de las medidas para extender la cobertura sanitaria a toda la población que está promoviendo el Presidente Obama en los Estados Unidos. Allí, la idea de garantizar la cobertura sanitaria a los que carecen de ella (ni siquiera bajo una forma única e igual de protección) tiene amplios apoyos, pero también numerosos detractores por razones diversas, entre otras la de que pueda poner en cuestión el mantenimiento de la cobertura de la que dispone la población que sí la tiene garantizada por unos u otros cauces en este momento.

La posición mayoritaria del Partido Republicano no es la de contribuir a resolver las dificultades que en este sentido puedan existir, poniendo por encima de todo la universalización de la garantía de la atención como un derecho, sino, por el contrario, la de fomentar la oposición a las medidas que puedan permitir extender la cobertura, poniendo poner delante de esa extensión los valores e intereses que puedan servir para impedirla.

Puede servir de ejemplo de esas posiciones la puesta de manifiesto por un comentarista conservador que ya actuó de punta de lanza hace años en contra de la reforma en el mismo sentido planteada por el Presidente Clinton en su primer mandato, que fracasó: se trata de William Kristol, que hace pocos meses recomendaba al Partido Republicano “*ir a matar*” contra las propuestas del Presidente demócrata, evitando cualquier clase de compromiso interpartidario que pudiera llevar a su aprobación. (Bacon, 2009. También Kristol, 2009). En estos artículos se incluyen expresiones como las siguientes: “*Es el momento de destacar cualquier problema, cada disposición equivocada, en las propuestas demócratas: desde los impuestos y el gasto, el control y la limitación de prestaciones (rationing) por parte del gobierno, hasta la financiación del aborto y el establecimiento de comités controlados también por el gobierno para aconsejar la muerte digna de los ancianos. Hay que poner todas esas interioridades de la legislación encima de la mesa, clavarle una estaca en el corazón y matarla. Después de eso, los oponentes pueden asegurar que desean llevar a cabo una reforma sanitaria prudente. Pero para hacerlo, es necesario empezar de nuevo*”.

La vehemencia de las expresiones anteriores no se puede encontrar en el apoyo de algunos republicanos al proyecto reformador, y probablemente por eso aquéllas caracterizan mejor las posiciones de salida del partido conservador. Éste ha utilizado todos los argumentos citados y otros más en criticar la reforma sin mencionar para nada sus objetivos. Pese a todo, es muy probable que si finalmente triunfa alguna clase de reforma ningún gobierno republicano sea capaz de echar para atrás lo alcanzado ni de oponerse a su mantenimiento.

causa del buen nombre que, como militar, se había granjeado durante la segunda guerra mundial y, en parte, a causa del hartazgo de la opinión pública con relación a la guerra de Corea. No obstante, Eisenhower también resultaba aceptable por hacer de la “moderación” su bandera y por considerar “estúpidos”-como se ha visto más arriba- a quienes pretendían revocar el New Deal”(desarrollado por Roosevelt y Truman en la etapa anterior, que había fracasado, sin embargo, en su aspecto sanitario).

En el mismo texto se repite este criterio de manera reiterada: en la página 70 del mismo se puede también leer que *“en 1948 los votantes tenían fundados motivos para creer que una victoria republicana que sumara al control del Congreso la presidencia de la nación comportaría mutilar profundamente las políticas que habían dado origen al New Deal. En 1952, cuando el partido republicano acabó ganando las elecciones presidenciales, ya no había tanto en juego. A aquellas alturas, sus líderes habían aceptado, por razones de necesidad política, que las instituciones surgidas del New Deal constituían ya realidades permanentes dentro de Estados Unidos”*.

La prolongación de ese clima permitió doce años después la constitución de la cobertura sanitaria para ancianos y pobres a través de Medicare y Medicaid. Ninguno de esos sistemas fue puesto en cuestión por los gobiernos republicanos siguientes, a pesar de que pocos años después de la instauración de esos sistemas el gasto sanitario en aquel país comenzó a elevarse de manera significativa; una elevación del gasto que se atribuyó principalmente al aumento de la cobertura sanitaria en términos poblacionales que los nuevos sistemas habían facilitado (New York Times. *A History of Health Care Reform*, 2009).

En el caso del Reino Unido los gobiernos conservadores siguientes tampoco pusieron inicialmente en cuestión la constitución del NHS³¹⁸, a pesar de que los costes

³¹⁸ *“Conforme a la visión revisionista del primer ministro de Salud conservador, MacLeod, el nuevo servicio de salud se veía como la culminación lógica de una tradición respetable enraizada en la filosofía social y las reformas sanitarias llevadas a cabo por Disraeli...(El segundo ministro de salud conservador) Powell desplegó inicialmente la misma actitud benigna hacia el servicio de salud que su predecesor, pero su breve experiencia previa como Ministro (Secretario Financiero en la terminología británica) en el Departamento de Hacienda indujo un endurecimiento posterior en su actitud...En lo sustancial, después de la salida de Bevan, aunque existieron tensiones evidentes entre la derecha conservadora y la izquierda laborista, los dos partidos convergieron en sus políticas. El asunto de los copagos resultó particularmente controvertido, pero había sido el Partido laborista el que los introdujo en los servicios dentales y oculares en 1951 y sólo por un estrecho margen evitó introducir en ese año los copagos para los medicamentos, ...que se introdujeron por los conservadores en 1952, y que aumentaron posteriormente en 1956 y 1961”* (Webster, 2002, p. 36).

Frente a esa descripción, son curiosas las reticencias de los propios conservadores a aceptar la influencia en la creación del NHS que tuvo la personalidad del Ministro laborista que lo lanzó, Aneurin Bevan. En un artículo publicado en el BMJ con motivo de los cincuenta años de la creación del Servicio, el que fue ministro conservador, y figura destacada de ese partido, Michael Portillo, afirmaba que *“Después de la*

del servicio aumentaron más del 50% entre 1948/1949 y 1950/1951, como consecuencia sobre todo de los contratos que se firmaron con los médicos como proveedores independientes, no funcionarios del sistema, situación a la que se alude en un apartado posterior (Webster 2002. p. 31).

En esos y otros casos, deberían pasar algunos años para que las bases de los sistemas públicos de salud se pusieran en cuestión por los partidos conservadores, a raíz y en relación con cambios más generales en la situación económica, en los intereses de clase de distintos grupos de población, o en la ideología que guía las demandas de éstos³¹⁹.

4) La última observación en relación con la vinculación que se puede establecer entre la actuación de partidos de perfil socialdemócrata y la constitución de servicios universales de salud tiene un sentido contrario a las anteriores: los fracasos en su constitución total o parcial, y los problemas principales en su desarrollo posterior, han

guerra Gran Bretaña habría creado probablemente un servicio nacional de salud sin Aneurin Bevan. Éste tomó relativamente pocas grandes decisiones”, pese a lo cual reconocía que “las que tomó tuvieron un profundo efecto sobre la forma en la que se desarrolló el NHS” (Portillo, 1998).

³¹⁹ Sobre esto último se pueden ver las expresiones de oposición a las reformas en el sistema sanitario americano promovidas por el presidente Obama para alcanzar la cobertura sanitaria que se están dando a lo largo del verano de 2009, que han alcanzado un grado de violencia inusitado en los mítines y explicaciones públicas en apoyo de la reforma que están llevando a cabo en estos meses distintos representantes demócratas, utilizando para ello argumentos falsos y ajenos a las propias líneas de reforma (la oposición al aborto, la calificación de “socialista” plateada como acusación contra el presidente Obama). La misma violencia de estas manifestaciones está poniendo en peligro la posibilidad de llevar a cabo cualquier reforma, y sobre todo de alcanzar un acuerdo sobre ella con una parte de los representantes republicanos que son necesarios para su aprobación (Rey del Castillo, 2009 c).

Incluso para algunos observadores que sin duda son partidarios de la cobertura sanitaria universal en aquel país y la están apoyando, la propia “cultura” de éste es ajena a los mecanismos solidarios de protección sanitaria (*“Equal access to health care is not a nationally shared value or an attribute of citizenship, but a minimum floor of assistance for some groups does appear to be”*. Bovbjerg, 2003, p.51). El problema es cómo se llega a crear esa “cultura” en ciertos grupos de población, y cómo, por qué, en defensa de qué intereses, y con qué patrocinio se está apoyando su desarrollo de manera decisiva a través de determinados medios de comunicación. Aunque todo ello es ajeno de manera directa a las posiciones de una parte de los representantes del Partido Republicano, determinados comentaristas conservadores han desempeñado también un papel relevante en impulsar en el sentido de oposición neta de aquél a las reformas indicado, tanto en el intento anterior del Presidente Clinton como en el actual (ver nota 317, p. 596, y Kristol, 2009).

Por otra parte, respecto a las razones que llevaron a la creación de una cultura no solidaria en relación con los servicios sanitarios, y el arraigo de la concepción de la protección sanitaria como vinculada al puesto de trabajo de quienes lo tienen, algunos observadores consideran que la raíz de esa posición se encuentra en la congelación de salarios llevada a cabo durante la guerra que acabó en 1945 y en el período más inmediato posterior. En esa época la escasez de mano de obra presionaba en sentido contrario, y con objeto de controlar la inflación se adoptó la medida indicada. Puesto que no era posible la compensación económica directa, la pauta que se siguió fue la de que los trabajadores pactaran con las empresas el beneficio “en especie” de la protección sanitaria, que pasó así a ser mayoritariamente cubierta, con cargo a las empresas, por las aseguradoras privadas, una situación que se mantiene hasta la actualidad. Puede verse a estos efectos Gawande (2009). Las reformas introducidas en 1964 por el presidente Johnson con la creación de Medicare y Medicaid llegó para rellenar parcialmente algunos de los vacíos dejados por la consolidación de esa forma peculiar previa de protección, que sólo alcanzaba a una parte de la población.

tenido ante todo que ver con las diferencias existentes o generadas en el seno de los propios partidos que los crearon o intentaron crearlos por su propia iniciativa unilateral.

El caso de los Estados Unidos resulta paradigmático en este sentido: en el régimen parlamentario peculiar que es propio de aquel país, el fracaso de la iniciativa universalista del presidente Truman fue el resultado de la oposición final de los congresistas demócratas representantes de los Estados del Sur. En opinión de Krugman (Krugman, 2007, p. 81), la oposición de esos representantes, que se vino a sumar en aquel caso a la de la Asociación Médica Americana (AMA), se produjo *“pese a que en aquella región empobrecida, donde eran muchos los que no podían permitirse una atención médica adecuada, el seguro médico universal habría supuesto una inesperada ganancia económica. Sin embargo, los políticos sureños creían que un sistema tal comportaría necesariamente la integración racial de los hospitales de la región. (Y se hallaban seguramente en lo cierto, ya que ésa fue una de las consecuencias que, a nivel nacional, se derivó de la introducción en 1966 de Medicare, un programa -como se ha dicho- de asistencia sanitaria para jubilados equivalente en muchos aspectos al que Truman pretendía para todos los ciudadanos estadounidenses). En ese sentido, mantener a la población negra apartada de los hospitales para blancos acabó siendo para los políticos del sur más importante que proporcionar a los blancos pobres los medios necesarios para recibir tratamiento médico.*

El fracaso de Truman en su intento por implantar un sistema sanitario público, universal y gratuito no hacía sino presagiar la ruptura que acabaría afectando a la amplia base de votantes partidarios del New Deal. Efectivamente, el apoyo de los blancos del sur a la causa de la igualdad económica resultó ambivalente, y esa ambivalencia no haría más que acentuarse con el tiempo. Comúnmente suele decirse que el sur se descolgó de esa coalición en cuanto el partido demócrata empezó a ponerse serio en materia de derechos civiles, y así ocurrió, efectivamente, en buena parte”.

Aunque por razones distintas, en este caso de carácter económico neto³²⁰, ha sido también la oposición de un grupos de congresistas demócratas, conocidos como grupo por el apodo de *Blue Dogs*, la que ha impedido que la aprobación de las propuestas de reforma para extender la cobertura sanitaria a todos los ciudadanos

³²⁰ Entre otras, a la derogación de la exención de tributación a las rentas en especie que supone la contribución a la cobertura sanitaria concertada con aseguradoras privadas por parte de la empresas a la que me he referido en la nota 314 (p. 592) anterior.

americanos puestas sobre el tapete por el presidente Obama se aprobasen antes de la pausa veraniega de 2009 (Rey del Castillo, 2009 b); una situación que ante todo, y conforme a las experiencias previas de los efectos de las demoras en los casos de reformas anteriores, como el intento llevado a cabo bajo el mandato del Presidente Clinton³²¹, ofrece mayores posibilidades de lograr su derrota definitiva a cuantos sectores políticos y grupos de interés se oponen a su aprobación.

Para el caso del Reino Unido, las diferencias surgidas en el seno del Partido Laborista están en relación con la asunción por los gobiernos de Tony Blair de algunas de las medidas de reforma del NHS, entre otras la introducción de la PFI para la construcción de centros sanitarios, a la que he aludido en páginas anteriores, y en general la creación del denominado “mercado interno”; medidas que habían sido promovidas, y en algunos casos, como el de la PFI, sólo esbozadas sin llegar a ponerlas en práctica, por los gobiernos conservadores de Margaret Thatcher y John Major. Después de acceder al gobierno con un claro programa de derogación de las mismas, los gobiernos de Tony Blair promovieron, por el contrario, su aplicación y extensión, con modificaciones tan sólo de lenguaje con respecto a los contenidos de fondo, que suponían de hecho la ruptura con los principios fundacionales del NHS³²².

Estas posiciones han supuesto la generación de amplios desacuerdos en el seno del propio Partido Laborista, protagonizadas en buena parte por los sectores sindicales que antes servían de importante base de apoyo al partido³²³, por otra parte muy debilitados en sus posiciones después de la derrota infringida a los mismos por Margaret Thatcher, en especial tras la prolongada huelga que mantuvieron bajo su mandato los sindicatos mineros, que finalmente fracasó.

Lo que puede deducirse de las situaciones descritas es que la unanimidad en el apoyo a las medidas de universalización de la cobertura sanitaria pública en el seno de los partidos socialdemócratas parece una condición necesaria para su puesta en práctica

³²¹ Para ver los efectos en términos de su derrota de un decalaje “excesivo” entre las propuestas de reforma iniciales realizados en aquel caso y la decisión final sobre su aplicación se pueden ver, además de los comentarios de Paul Krugman a los que me referido en el apartado correspondiente a la Ley General de Sanidad, el extenso artículo publicado en el New York Times el lunes 29 de Agosto de 1994 por tres analistas sanitarios caracterizados como eran Adam Climer, Robert Pear y Robert Toner, estos dos últimos todavía activos, con el expresivo título de “THE HEALTH CARE DEBATE: what went wrong? How the Health Care Campaign collapsed – A special report: For Health Care, times was a killer”. (Climer, 1994). A esta cuestión se hace referencia también en la nota 108 (p. 155) anterior

³²² Sobre esta cuestión ver “1997-2000: *Continued fragmentation under New Labour*” y “2000-2003: *New Labour’s drive towards a “mixed economy of Health Care”*”. En: Pollock, 2004, p. 49-62 y 62-78.

³²³ A este respecto se pueden ver las posiciones de la Federación de sindicatos sanitarios UNISON. Se puede acceder a las posiciones y documentos de la Federación en www.unison.org.uk .

y su mantenimiento; y que, por el contrario, cuando el apoyo unánime y prioritario a esas medidas se quiebra en el seno de esos partidos, se rompe de una u otra manera la posibilidad de su aplicación. Lo que puede considerarse una consecuencia razonable de la posición preferente y casi exclusiva que esos mismos partidos ejercen en la iniciativa y el soporte a los programas de cobertura pública y universal de la protección sanitaria.

Ese conjunto de razones prestan soporte argumental a la opción de centrar la observación de las posiciones políticas mantenidas en torno a la creación del Sistema Nacional de Salud en España en el Partido Socialista, puesto que el apoyo decidido y preferente de éste, que es el partido socialdemócrata existente en nuestro ámbito político, resultaría, con arreglo a esas razones y observaciones comparadas, condición necesaria para la creación y el mantenimiento de un sistema público y universal de protección sanitaria.

IV.2.- Las condiciones de creación de los servicios públicos universales de salud.

Cumplida en España la condición anterior, puesto que la descripción histórica aporta justificación suficiente como para considerar que la iniciativa para la creación del SNS correspondió en su momento al Partido Socialista, se plantea la búsqueda de razones que justifiquen los déficits que he ido observando en su desarrollo a lo largo de la misma descripción histórica anterior.

Como método para la búsqueda de esas razones me planteo aquí recurrir al análisis comparado de dos épocas y situaciones distintas, que por razones de semejanza diferentes en relación con el proceso seguido para la creación del SNS en el caso español, puede contribuir a la determinación de algunos factores concurrentes para favorecer o, por el contrario, dificultar el pleno desarrollo de un servicio público que ofrezca protección sanitaria universal similar a toda la población del país en el que se quiera implantar, a partir de la iniciativa de un partido de orientación como la comentada.

La primera de esas épocas y situaciones corresponde a la creación de los denominados “Servicios Nacionales de Salud” en distintos países democráticos. La semejanza con el proceso español se debe en este caso a la identidad de objetivos planteados en unos y otros casos, siendo en todos ellos el objetivo principal el establecimiento de un sistema de protección sanitaria que garantizase ésta en

condiciones de igualdad a la totalidad de la ciudadanía del país respectivo en función de esta pertenencia.

La segunda, a los procesos de cambio a sistemas democráticos a partir de otros que no reunían sus condiciones formales que se han producido en diferentes países en períodos próximos al que tuvo lugar en España conocido en términos generales como la “Transición”. En este caso se trata de analizar los efectos que han tenido esos cambios sobre los sistemas sanitarios de los diferentes países.

a) La creación de los “Servicios Nacionales de Salud” en distintos países.

Para el análisis de este punto el punto de partida es la propia caracterización de los denominados “Servicios Nacionales de Salud” en función de sus aspectos diferenciales con respecto a otras formas de organizar la protección sanitaria, incluso aunque éstas puedan alcanzar la de toda la población mediante mecanismos compensadores complementarios de los que justifican la protección (en función de ciertas condiciones laborales o relacionadas con la edad) de las personas protegidas “naturalmente” con arreglo a las características de cada sistema.

Tales condiciones diferenciales de los “Servicios Nacionales de Salud” se refieren a tres aspectos principales: la justificación de la protección, vinculada en estos casos, como ya he dicho, a la condición de ciudadanía³²⁴; su financiación, con cargo a impuestos generales, y no a cotizaciones sociales³²⁵ o seguros de otro carácter; y, por último, su provisión a través de medios públicos propios.

Caracterizados de esa manera, hay que hacer constar que los Servicios Nacionales de Salud constituyen una forma determinada de organizar los servicios sanitarios que se dió en un momento preciso en el tiempo, el correspondiente al período más inmediato posterior a la Segunda Guerra Mundial, hasta pocos años más tarde, los inmediatamente anteriores a la crisis económica de mediados de los años 70 del siglo pasado. Cuando en otros países se han constituido servicios sanitarios que se acogen a la misma denominación de “servicios nacionales de salud” pero lo han hecho fuera de ese

³²⁴ Cabría incluir aquí el debate sobre cómo se entiende esta condición en diferentes países a los efectos de la protección sanitaria. En algunos de los que tienen constituidos los servicios bajo esta forma, como el Reino Unido, la condición, no formalizada de otra manera, parece acreditarse con la sola presencia en el país, sin perjuicio de las compensaciones que se puedan establecer posteriormente para los ciudadanos de otros países con los que existan convenios de reciprocidad o compensación por la atención prestada. Sobre los problemas del reconocimiento del derecho como vinculado a la ciudadanía en países multiculturales, como Canadá, ver Johnson Redden (2002). La defensa del reconocimiento del derecho a la atención sanitaria en función sólo de la condición de residencia en el caso de nuestro país la ha defendido en un texto reciente Moreno Fuentes (2009), p. 114.

³²⁵ Pese a que una participación minoritaria de éstas persiste en la mayoría de los países cuyos servicios están constituidos de esta forma, lo que no ocurre en España desde 1999.

período, los mismos adolecen de la ausencia total o parcial de alguna de las tres condiciones citadas.

El análisis de ese período lo he realizado ya en otros trabajos previos (Rey, 2003b), que sirven de soporte a la descripción que llevo a cabo a continuación, en todo caso complementada con otras observaciones que constituyen una nueva aportación. Se trata de caracterizar las condiciones más generales de diferente naturaleza, política, social, económica o técnica, que se dieron en aquel período y que, en mi opinión, constituyeron el caldo de cultivo en el que fue posible una forma de organización de los servicios sanitarios que resultaba inédita respecto a las existentes hasta entonces. Todas éstas se caracterizaban en todo caso ya entonces por unas u otras formas de acumulación de riesgos, a través de los sistemas de seguridad social o de seguros privados existentes en cada caso, como reflejo de la experiencia compartida de la dificultad de afrontar de manera individual los costes de la atención sanitaria disponible.

a.1) Las condiciones políticas y económicas generales.

El momento preciso en el que se dio la creación de Servicios Nacionales de Salud en algunos países coincide con la salida de una época de crisis económica que comenzó en 1929 y que dio lugar a lo que ahora conocemos como la Gran Depresión, que a su vez fue consecuencia y provocó una fuerte caída de la demanda, que determinó la de todas las economías occidentales.

Forma ya parte del imaginario colectivo que la Segunda Guerra Mundial fue a la vez una consecuencia y una contribución a la salida de aquella crisis. En el caso de los Estados Unidos, *“aunque su entrada en la guerra no se vió planeada, obviamente, como una gigantesca demostración de eficacia por parte del gobierno, acabó, no obstante, siendo contemplada en dichos términos. En esas circunstancias, a los republicanos les resultó muy difícil continuar afirmándose en la incapacidad del gobierno, después de que éste hubiera demostrado que era capaz no sólo de librar una guerrera mundial sino también de gestionar adecuadamente una ingente cantidad de recursos nacionales”*. Como señala el mismo autor un poco antes, *“la segunda guerra mundial creó las condiciones favorables que hicieron claramente necesaria una intervención a gran escala del gobierno en los asuntos económicos, barriendo así todo posible escepticismo respecto de la aplicación de medidas radicales. De ese modo... las instituciones surgidas del New Deal habían dejado de considerarse innovadoramente extremistas, para pasar a ser integrante de la cohesión social del país”*... *“La administración Roosevelt se encargo de demostrar hasta qué punto era falso uno de los*

argumentos habitualmente esgrimidos en contra de la intervención económica a gran escala por parte del gobierno, a saber, que ésta conduciría a una corrupción asimismo a gran escala. Retrospectivamente, resulta apabullante comprobar cuán honesta resultó la puesta en práctica del New Deal...La probidad con que se llevó a cabo éste no fue casual. Así, los empleados del gobierno encargados de desarrollarlo hicieron del control de toda posible corrupción su bandera. Por su parte, el propio Roosevelt creó un poderoso departamento dedicado a investigar todo posible acto ilícito relacionado con la gigantesca expansión del gasto público gestionada a discreción de la Administración para el Progreso de las Obras Públicas...Tal compromiso con una forma honesta de gobernar no era un mero reflejo de los propios valores de F.D. Roosevelt, sino que respondía más bien a un imperativo político. La misión del presidente en ejercicio era demostrar que la iniciativa gubernamental funcionaba. Para dar credibilidad a ese compromiso no tenía más remedio que mantener las cuentas de su administración claras. Y eso fue lo que hizo” (Krugman, 2007, p. 73-75).

No caben muchas dudas acerca de que los criterios en la utilización masiva de recursos públicos, y el hacerlo con honestidad para relanzar la economía, eran los mismos en todos los países que en el terreno europeo sufrieron el mayor deterioro de sus tejidos productivos y sus infraestructuras después de la guerra y como consecuencia de ésta³²⁶.

³²⁶ Puede verse a este respecto Judt (2005; (op. citada en castellano, p. 119-121) : “...Con anterioridad a 1945 ya existían prestaciones rudimentarias de bienestar social de algún tipo, si bien su calidad y alcance variaban considerablemente...Fue la guerra la que cambió todo esto. Al igual que a consecuencia de la Primera Guerra Mundial se habían precipitado la legislación y las prestaciones sociales...la Segunda Guerra Mundial transformó tanto el papel del Estado moderno como lo que se esperaba de él. El cambio fue especialmente notable en Gran Bretaña, donde Maynard Keynes había presagiado con gran acierto “un ansia de seguridad personal y social”. Pero en todas partes (en palabras del historiador Michael Howard), “la guerra y el bienestar iban de la mano”... Los Estados de Bienestar europeos posteriores a 1945 variaron considerablemente en cuanto a los recursos que facilitaban y la forma en que los financiaban. Pero pueden establecerse algunas conclusiones generales. La prestación de servicios sociales se centró fundamentalmente en la educación, la vivienda y la atención médica... La seguridad social consistía fundamentalmente en la dotación de seguros por parte del Estado contra la enfermedad, el desempleo, los accidentes y los riesgos de la vejez...

Las diferencias más importantes radicaban en las modalidades para pagar estas nuevas prestaciones públicas. Algunos países obtenían ingresos a través de los impuestos y proporcionaban cuidados y servicios gratuitos o altamente subvencionados, como en el caso de Inglaterra, donde quedaba reflejada la preferencia de entonces por los monopolios estatales. En otros países se facilitaba dinero en metálico a los ciudadanos, según unos criterios de elegibilidad socialmente determinados, y los beneficiarios elegían los servicios que preferían comprar. En Francia y otros países más pequeños, los ciudadanos tenían que pagar por adelantado por determinadas categorías de atención médica, por ejemplo, pero luego podía reclamar gran parte de estos gastos al Estado.

Estas diferencias reflejaban diversos sistemas de financiación y contabilidad nacional, aunque también implicaban una decisión estratégica fundamental. De forma aislada, la seguridad social, por generosa que fuera, no fue en principio políticamente radical...Los sistemas de bienestar completos, no obstante, son inherentemente redistributivos. Su carácter universal, y la mera magnitud de su funcionamiento

Por el contrario, en los Estados Unidos el propio candidato Roosevelt había afirmado antes, en un famoso discurso en el Madison Square Garden pronunciado en la víspera de las elecciones presidenciales de 1936, las segundas que le llevaron al poder, que *“hemos tenido que enfrentarnos a los tradicionales enemigos de la paz social: los monopolios empresariales y financieros, los especuladores, los banqueros sin escrúpulos, aquellos que promovieron los antagonismos de clase y quienes se enriquecieron a costa de la guerra (la primera guerra mundial)...Ahora sabemos que un gobierno en manos del capital organizado es igual de peligroso que un gobierno en manos del crimen organizado”* (Krugman, 2007, p. 71).

Si ése era el clima político de la época, es importante también resaltar que las ideas de la intervención del Estado en la economía, que llevaron de hecho a una notable reducción de la desigualdad económica en los países que las aplicaron, habían recibido un amplio sustento teórico en los análisis económicos de Keynes. Sus propuestas de creación de una demanda agregada apoyada en el amplio uso de recursos públicos, recurriendo para ello al endeudamiento, son conocidas a nivel general, por lo que no me parece necesario extenderme sobre su explicación en un campo que no me es propio. Hay que decir, sin embargo, que constituyeron la receta más adecuada para salir de aquella crisis, caracterizada por la caída de la demanda individual, y se convirtieron en la doctrina económica dominante durante más de tres décadas, haciendo tambalearse la credibilidad de que habían gozado hasta entonces las doctrinas económicas liberales (en el sentido europeo) que habían sido aplicadas previamente, y que habían llevado a un aumento creciente de la desigualdad social en el reparto de la riqueza..

La intervención del Estado en el campo sanitario, no lograda inicialmente en algunos países, en particular en los Estados Unidos, como ya he descrito, llevó, sin embargo, en otros, de manera característica en el Reino Unido, a la creación del primer Servicio Nacional de Salud denominado como tal.

a.2) La existencia de un ambiente social solidario.

El clima social existente en los países europeos que finalmente salieron victoriosos, gracias a la ayuda norteamericana, de la segunda guerra mundial, en los que se crearon los primeros servicios nacionales de salud, se caracterizaba por la

requieren la transferencia de recursos (generalmente a través de los impuestos) por parte de los más privilegiados a los económicamente peor situados. Por tanto, el Estado del bienestar constituyó en sí mismo una iniciativa radical, y las variaciones posteriores a 1945 entre los distintos Estados del bienestar europeos no sólo fueron reflejo de diferentes procedimientos institucionales, sino también de estrategias políticas”.

solidaridad, y por un cierto optimismo con respecto a los cambios a imprimir a sus sociedades respectivas³²⁷.

En ese ambiente social solidario las desigualdades sociales previas existentes pasaron a un segundo plano, para ser incluídas en una perspectiva de interés nacional común.

Esa situación fue en algunos países, quizás de manera especial en el Reino Unido, la consecuencia de la conciencia del esfuerzo común en la guerra recién acabada³²⁸. Por otra parte, las condiciones de vida sufridas en esos mismos países durante la guerra permitieron (y en algunos casos hasta impusieron) una mayor relación entre distintos grupos y clases sociales, y un mejor conocimiento de sus condiciones de vida reales respectivas³²⁹.

En otros casos la reconstrucción del país requería del esfuerzo de todos sus ciudadanos³³⁰.

³²⁷ “Para esta nueva generación, la política trataba de la resistencia: resistencia a la autoridad, a los acuerdos sociales o económicos convencionales, resistencia al pasado. Claude Bourdet, un activista de la resistencia francesa y destacado editor y escritor de los años de la posguerra, lo describió así en sus memorias, tituladas *L’aventure incertaine: La” resistencia”*- escribió- nos ha convertido a todos en contestatarios en el amplio sentido de la palabra, tanto frente a los hombres como frente al sistema social”. Pasar de resistirse al fascismo a resistirse a una vuelta atrás a los errores de la década de 1930 parecía natural. De ello brotó el curiosamente optimista estado de ánimo que muchos observadores apreciaron durante el período inmediatamente siguiente a la liberación” (Judt, 2005, p. 106-107)

³²⁸ “Los contactos establecidos en la resistencia a veces sí sobrevivieron; por ejemplo, en el caso de la “desideologización” de la sociedad holandesa, la ruptura entre las líneas divisorias confesionales que venían existiendo desde hacía siglos entre las comunidades católica y protestante, comenzó con los lazos personales forjados durante la guerra”. (Judt T, 2005, p. 109)

³²⁹ Según la descripción de Nicholas Timmins respecto al caso británico, “en tres días (la guerra se declaró finalmente el domingo día tres de septiembre de 1939) se procedió al trasvase a zonas rurales de la increíble cifra de un millón y medio de personas, incluyendo 827.000 escolares, 524.000 madres y sus hijos que no tenían edad para ir al colegio, y 103.000 maestros y ayudante. Fue el comienzo (sólo en ese primer mes de septiembre entre una cuarta parte y un tercio de la población se desplazó) de los movimientos masivos de población que iban a estirar y a doblar el antiguo sistema de clase como no había ocurrido anteriormente, uno de los efectos de la guerra que afectó a la población civil de una forma que la guerra de 1914 a 1918, a pesar de toda su carnicería en campos de batalla en el extranjero, nunca lo hizo. ...la primera Guerra Mundial no unió a la gente como lo hizo la Segunda. No obligó a la mitad de Inglaterra a ver cómo vivía la otra mitad...

Lanzó juntos a personas con diferentes orígenes sociales en una serie de grandes convulsiones provocadas por los bombardeos, el reclutamiento y la migración de los trabajadores a los nuevos centros de la industria bélica. A lo largo de toda la guerra se produjeron más de 60 millones de cambios de domicilio en una población civil de alrededor de 38 millones de personas, mientras que más de cinco millones de hombres y mujeres pasaron a formar parte de los tres Ejércitos...

En los refugios antiaéreos, en los puestos antiaéreos, en las unidades de la milicia territorial, y en trenes repletos en los que los soldados se instalaban en los compartimentos de primera clase, resultaba imposible mantener por más tiempo las barreras de clase. “Resulta ahora muy corriente”, se dice que comentó Lord Marsley en 1941, “ver ingleses hablando entre sí en público, aún cuando no hayan sido presentados formalmente””. (Timmins, 1996. La cita es de la edición española, p. 48-49).

³³⁰ Judt (2005, p. 124) se pregunta: “¿Por qué estaban los europeos tan dispuestos a pagar tanto por seguros y otras prestaciones a largo plazo en un momento en el que la vida seguía siendo dura y la escasez material endémica?. La primera razón es que, precisamente porque los tiempos eran tan difíciles, los sistemas de bienestar de la posguerra constituían una cierta garantía de un cierto mínimo de

Sea como fuere, la creación de unos instrumentos, como lo son también los servicios sanitarios, cuyo sentido es contribuir mediante esa forma de "salario en especie" a la disminución de las desigualdades sociales y, con ello, contribuir a aumentar la cohesión y la estabilidad de las sociedades correspondientes, no hubiera sido posible, al menos con el empuje con el que lo fué en aquel momento, en un ambiente social diferente.

En términos propios del análisis sociológico, se ha analizado (Esping-Andersen, 1990) que la constitución de los Estados de Bienestar en diferentes países, en la que habría que incluir la constitución de los servicios públicos de salud, tuvo un soporte fundamental en la alianza entre los trabajadores y las clases medias respectivas para la defensa de los intereses comunes en este campo, cuya confluencia entre esos grupos sociales sería el resultado de las condiciones peculiares de solidaridad que he indicado.

En la misma línea, otros análisis han sugerido que esta alianza se habría quebrado años después, cuando *"la alianza tradicional de las clases medias con las bajas se ha roto, siendo sustituida por una coalición entre las clases altas y las medias, debido a que estas últimas se han dado cuenta de que la provisión pública de protección y bienes sociales le resulta más cara que la compra directa en el mercado"* (Esteve Mora, 1989, p. 101-123) lo que habría ocurrido en todo caso una vez transcurrido el período que he caracterizado como el propio de la creación de los Servicios Nacionales de Salud.

La complejidad de la evolución de las clases sociales en el capitalismo avanzado (Evans, 2006), junto con la evolución de los propios servicios de salud, a lo que atiendo

justicia, de equidad. Ésta no era la revolución espiritual y social con la que muchos activistas de la resistencia habían soñado durante la guerra, pero sí un primer paso para alejarse de la desesperanza y el cinismo de los años de la posguerra.

En segundo lugar, los Estados del bienestar de la Europa occidental no eran políticamente divisivos. Eran socialmente redistributivos en su intención general (unos más que otros), pero en absoluto revolucionarios; no pretendían "desplumar a los ricos". Por el contrario, aunque los pobres eran los que percibían la mayor ventaja inmediata, los verdaderos beneficiarios a largo plazo eran los profesionales y comerciantes de la clase media. En muchos casos, éstos no habían tenido derecho a las prestaciones laborales de salud, desempleo o jubilación y, antes de la guerra, se habían visto obligados a adquirir dichos servicios y prestaciones en el sector privado...Lejos de dividir a las clases sociales entre sí, el Estado europeo del bienestar los vinculaba más estrechamente que nunca, haciéndoles compartir un interés común en su seguridad y su defensa.

Pero la base fundamental del bienestar financiado por el Estado y las provisiones de servicios sociales radicaba en el sentir popular de que éstas constituían tareas propias del gobierno. El Estado de la posguerra era en toda Europa un Estado "social", con una responsabilidad implícita (y a menudo constitucionalmente explícita) hacia el bienestar de sus ciudadanos, que tenía la obligación de proporcionar no sólo las instituciones y servicios necesarios para una nación segura y próspera sino también de mejorar la situación de la población, evaluada en función de un amplio y cada vez más extenso conjunto de indicadores".

en apartados siguientes, hacen que esta hipótesis deba ser, a mi juicio, sometida a cuestión, sobre todo en su aplicación más literal y simplificada. Lo que no quita para que, en todo caso, las condiciones peculiares de solidaridad entre clases dentro de muchos países en el período más inmediato a la Segunda Guerra mundial deba ser tenido en cuenta como un factor facilitador de la creación en su momento de los Servicios Nacionales de Salud más genuinos, caracterizados por ofrecer de manera igualitaria toda la cobertura material sanitaria que estaba disponible en aquel momento a toda la población de cada país en que se implantó esa forma de organización de la protección³³¹.

a.3) La existencia de bases fiscales adecuadas para el sostenimiento de los servicios públicos sanitarios.

Un tercer elemento que puede considerarse como base imprescindible para la constitución de estas fórmulas colectivas de protección fue la existencia de instrumentos fiscales³³² solidamente asentados, con un alto grado de cumplimiento de las obligaciones derivadas, y no sometidos básicamente a discusión, y menos en aquel momento. (A partir de los años que se han definido como los característicos de este período las doctrinas liberales que pasaron a ser dominantes en el terreno de la teoría económica se han venido caracterizando a su vez por poner en cuestión los sistemas

³³¹ Cabría considerar si esa situación solidaria considerada como contribuyente o facilitadora de la constitución de servicios públicos y universales de salud que suponen un salto cualitativo importante o “ex novo”, en ese sentido una “revolución”, se da sólo en situaciones extremas o excepcionales que sólo aparecen en momentos muy puntuales. Mientras que fuera de ellos, y en situaciones más habituales, o en las que no se dan otras condiciones facilitadoras complementarias, sólo es posible alcanzar la universalización mediante la “evolución” de situaciones previas (al modo en que los sistemas de Seguridad Social van extendiendo la protección a grupos de trabajadores cada vez más amplios, o incluso por mecanismos distintos a sectores de la población sin vinculación laboral, logrando la universalización de hecho, aunque no concebida como derecho vinculado a la condición de ciudadanía). Algo así se podría deducir de las observaciones realizadas por algunos autores con respecto a la creación de Medicare y Medicaid por el Presidente Johnson en los Estados Unidos en 1963: “*Hay un trabajo que sólo pueden llevar a acabo los presidentes: crear el impulso popular para las reformas. En este sentido Johnson gozó de una grana ventaja. Su predecesor, John F. Kennedy, había apoyado la creación de Medicare con gran pasión. Johnson comprendió las implicaciones legislativas que se derivaban del sentimiento de culpabilidad que sentía la nación en relación con el asesinato de Kennedy. Como le dijo a la historiadora Doris Kearns: “Todo lo que he aprendido siempre en los libros de historia me ha enseñado que los mártires tiene que morir por causas... John Kennedy había muerto. Pero su “causa” no estaba realmente clara. Eso era mi trabajo. Yo tuve que tomar el programa del hombre muerto y convertirlo en la causa de un mártir*”. (NY Times, Week in Review. 2009. Resumen a partir del capítulo 5 del libro *The heart of Power: Health and Politics in the Oval Office*. Blumenthal, 2009. p. 163-205).

³³² Y/o contributivos, dado que las cotizaciones sociales que gravan los puestos de trabajo han formado y forman parte en todo caso de la financiación de los servicios públicos sanitarios en mayor o menor proporción. De cualquier forma la creación de Servicios Nacionales de Salud, que se caracterizan por ofrecer protección sanitaria a toda la población con independencia de su situación laboral, lo hacen también por financiarse de manera mayoritaria mediante impuestos generales, aunque en algunos de los países que disponen de ellos mantengan una proporción minoritaria de financiación por cotizaciones sociales (ver Mossialos, 2002 b, y Gráfico 8).

impositivos vigentes, y por someter a una subasta a la baja los programas fiscales de los partidos políticos, sobre la base de considerar que los impuestos son un elemento paralizador de la actividad económica, en sentido contrario a lo sostenido en este período anterior).

La cultura de los Estados de bienestar es la de la ciudadanía democrática, y aunque, como se verá después, las formas organizativas adoptadas por ellos son variables y no se dispone de un modelo único, puede considerarse en general que los Estados de bienestar están ligados a la democracia en sí misma, de la que constituyen un elemento estabilizador.

Conforme a esa cultura los ciudadanos dan al Estado a través del sistema fiscal los medios necesarios para que éste, a su vez, les proporcione una serie de bienes y servicios acordados, entre los que contribuyen a su seguridad y bienestar han ido adquiriendo cada vez más importancia³³³.

Es, por tanto, una cultura de contraprestación, que se desarrolló de manera más amplia en el período descrito, en la que la contribución individual se compensa con la obtención de bienes y servicios provistos de forma colectiva, la cual exige, a su vez, que

³³³ En cuanto al papel del Estado, se ha dicho (Rubert de Ventós) que ha pasado de disponer y ser responsable del “monopolio de la violencia”, incluyendo en éste la Justicia, la “Policía” (también dentro de ésta la “policía sanitaria”, que forma parte de lo que hoy conocemos como Salud Pública) o el Ejército, al papel preferente en el ejercicio del “monopolio de la benevolencia”, en el que se incluyen las pensiones, la educación, la sanidad, e incluso en algunos países la vivienda. Este tipo de funciones “benéficas” pasó de hecho a constituir, tanto a nivel teórico como real, una de las razones más importantes para la justificación del Estado como tal.

Rosanvallón (1995, p. 38-43) señala que *“El Estado moderno, en el sentido que hemos dado a esta expresión, sólo puede concebirse en términos de Estado protector...El Estado providencia debe entenderse como una radicalización, es decir, como extensión y profundización del Estado protector “clásico”. Esta radicalización se produce a partir del siglo XVIII, bajo el efecto del movimiento democrático e igualitario...Es en este sentido en el que el Estado de bienestar no es más que una extensión y prolongación del Estado protector... El paso del Estado protector al Estado providencia traduce, en el nivel de las representaciones del Estado el movimiento en el que una sociedad deja de considerarse a sí misma como un cuerpo, para pasar a concebirse como un mercado...El Estado providencia expresa la idea de sustituir la incertidumbre de la providencia religiosa por la certidumbre de la providencia estatal...La puesta a punto de las técnicas del aseguramiento dará pleno efecto a este movimiento. El Estado protector (de seguridad ciudadana) podrá convertirse en el Estado providencia (de seguridad social). Desde este punto de vista, sus mecanismos no son, en ningún caso, contradictorios con los de la mano invisible (del mercado). En el límite, la técnica actuarial no es sino un complemento, una variante de la mano invisible. En los dos casos se produce un orden global basado exclusivamente en la búsqueda del interés personal. Los seguros, igual que la mano invisible, producen los mismos efectos que una benevolencia certera; cada uno, cuando se asegura frente a un riesgo, piensa sólo en su propio interés, de lo que resulta una financiación colectiva de los accidentes individuales. Esta transformación esta ligada al descubrimiento de las leyes matemáticas de la estadística...”*

Las peculiares características del riesgo sanitario, que afecta a todos los individuos y a éstos en todas las edades (“desde la cuna a la tumba”, según la expresión acuñada a la creación del NHS británico), a las que se alude más adelante, tienen probablemente que ver con la extensión universal de la cobertura sanitaria que se planteó en la evolución de estos servicios, que no se ha extendido a otras modalidades, fundamentalmente económicas, de la protección.

quienes reciben la prestación estén conformes con ella, algo que ahora se pone en cuestión de manera muy explícita en el caso de los servicios sanitarios, pero que no ocurría así en el momento de su creación.

En todo caso, sin esa base fiscal y económica sólida sería imposible garantizar el sostenimiento de cualquiera de las formas colectivas de protección³³⁴, entre ellas los servicios públicos sanitarios, pese a que por su propia naturaleza los servicios prestados deben beneficiarse de la eficiencia proporcionada por las economías de escala que se derivan de su prestación común.

a.4) La situación de las tecnologías sanitarias.

El cuarto factor facilitador de la constitución de los Servicios de salud en el momento en el que se crearon fue la situación de desarrollo limitado que se daba todavía por entonces en el campo de las tecnologías sanitarias (incluyendo en ese concepto los productos farmacéuticos) y en las posibilidades de su desarrollo posterior.

Sin perjuicio de la ampliación de esta referencia en alguno de los apartados siguientes, de ese desarrollo limitado puede servir de ejemplo que la comercialización del primer antibiótico desarrollado, la penicilina, tuvo lugar el mismo año, 1947, en el que se creó en el Reino Unido su Servicio Nacional de Salud (NHS). Lo mismo ha ocurrido en el campo de los procedimientos diagnósticos, desarrollados sólo con una radiología rudimentaria en aquellos años. A partir de esa fecha, y de manera incremental, se fue produciendo un cambio cualitativo sustancial, que ha llevado a que, en el momento actual, nadie discuta que el factor más determinante de un incremento del gasto sanitario que está poniendo en cuestión la sostenibilidad económica de los servicios sanitarios, por la forma descontrolada y carente de evaluación de su eficiencia en que se está produciendo, sea la evolución de las tecnologías sanitarias.

De manera contradictoria, hay, sin embargo, que observar que una parte sustancial de la responsabilidad de esa evolución hay que atribuírsela a la creación de los servicios de salud: las inversiones necesarias para desarrollar y ampliar las investigaciones en los campos de las tecnologías sanitarias se han beneficiado de la garantía del consumo de los productos desarrollados por los propios servicios de salud; un consumo que, por el coste de los productos, no se podía garantizar en cantidad y calidad suficiente a nivel individual.

³³⁴ Como señala Atkinson “los límites impuestos a la política fiscal pueden limitar seriamente el uso de las medidas redistributivas por parte de los gobiernos nacionales. Existe una evidente tensión entre la exigencia de reducir los déficits presupuestarios y las ambiciones en el sentido de proporcionar una adecuada garantía de recursos”. (En Atkinson, 1993, p. 9)

En este sentido, los servicios públicos de salud proporcionaron en aquel momento la demanda agregada necesaria para producir el despegue de unos sectores industriales todavía en fases iniciales de desarrollo³³⁵. Hasta el punto de que en algunos países, de los que puede constituir un ejemplo el Reino Unido, las políticas de consumo y de precios (regulados en muchos países, sobre todo en el caso del sector farmacéutico) de ciertos productos por parte de los servicios públicos sanitarios tuvieron como orientación complementaria expresa la potenciación y el desarrollo de una industria nacional propia en estos campos. Los cuales, por otra parte, gracias a los ingresos proporcionados por el consumo garantizado de sus productos, se han convertido con el paso de tiempo en sectores punteros desde el punto de vista de la innovación, e incluso, en el momento actual, a juicio de muchos observadores, en el sector de desarrollo industrial más prometedor³³⁶.

En todo caso, esa evolución ha sido posterior y progresiva. De la situación de desarrollo limitado de estos sectores que se daba en el momento de la creación de los servicios de salud pueden servir de ejemplo las cifras de gasto sanitario en los Estados Unidos, en la actualidad el productor más destacado de tecnologías sanitarias entendidas en el sentido amplio señalado anteriormente: según Krugman (2007, p. 80), *“la partida del gasto sanitario suponía en 1946 únicamente el 4,1% del PIB, frente a más del 16% en la actualidad...Además, en aquellos años la asistencia sanitaria privada representaba un sector apenas desarrollado, las compañías de seguros distaban de constituir el poderoso grupo de presión en que se han convertido en nuestros días, del mismo modo que el lobby farmacéutico tampoco se erigiría como tal hasta la década de 1980”*.

a.5) El desarrollo científico-técnico y corporativo de la profesión médica.

El último dato que considero diferencial de la situación de los países en los que se constituyeron sistemas sanitarios del tipo de los Servicios Nacionales de Salud en un momento histórico determinado es la situación de la profesión médica en ellos en los dos aspectos mencionados, aspectos que, por otra parte, considero vinculados entre sí.

Los países en que se establecieron esos sistemas coinciden en buena parte con aquéllos en los que se empezaron a sentar los fundamentos de la Medicina moderna sobre bases científicas, lo que convertía a los que la ejercían en general en profesionales

³³⁵ Para un análisis económico actual de cómo las políticas de aseguramiento constituyen un incentivo económico principal en el desarrollo de la innovación farmacéutica se puede ver Garber (2006).

³³⁶ Ver, por ejemplo, Harvey (2003) p. 13.

dotados de un amplio prestigio social; un prestigio que ha evolucionado después para centrarse en quienes ejercen los ámbitos más especializados y tecnificados de la profesión, pero que en aquel momento incluía a la profesión entera.

Se trataba, en todo caso, de una profesión que se ejercía todavía de manera muy importante conforme a los principios liberales del ejercicio libre e individual de la misma, en cuya regulación y control intervenían asociaciones constituídas por los propios profesionales, que añadían su intervención para permitir el ejercicio de la profesión, según un procedimiento que todavía está vigente en muchos de ellos.

Esa misma manera de ejercer la profesión constituía también la base para determinar un nivel adquisitivo importante con respecto a los promedios obtenidos en el ejercicio de otras profesiones, nivel que se encontraba también en relación con el prestigio social de que gozaba la profesión.

Ese conjunto de situaciones fue determinante para provocar la oposición inicial de las asociaciones médicas de diferentes países a las propuestas de reforma de la práctica médica que suponían la creación de sistemas sanitarios que pretendían extender la protección sanitaria a toda la población.

En algunos de ellos, de manera especial en los Estados Unidos, la oposición de la Asociación Médica Americana (AMA) desempeñó el papel de punta de lanza para oponerse a las propuestas de reforma a medida que éstas se fueron desarrollando en distintas fases: ocurrió así con las primeras propuestas de reforma del presidente Roosevelt³³⁷. La historia se repitió unos años más adelante con las propuestas del presidente Truman en 1948³³⁸, y de nuevo la misma oposición tuvo lugar cuando el malogrado presidente Kennedy lanzó su propia propuesta en 1962³³⁹. En los comentarios realizados en el apartado IV.1.4 anterior relativos a la oposición a la derrota final de las iniciativas del presidente Truman he hecho ya referencia a una cita de Paul Krugman en la que caracterizaba a la AMA como uno de los grupos determinantes de esa derrota.

Sin embargo, en los países en las que las iniciativas universalistas finalmente triunfaron como consecuencia de la influencia de algunos de los otros factores

³³⁷ Esas primeras propuestas fueron formuladas en 1932 por un Comité, antes incluso de que Roosevelt tomara posesión del cargo para el que ya había sido elegido (*Socialized Medicine is urged in Survey. Wilbur Comité advocates community centres to treat and prevent illness*. New York Times, Nov 30, 1932), y rechazadas algún tiempo después por la AMA (*Doctors condemn health insurance. American Association "rebuffes" surgeons for advocating socialized medicine*. New York Times, June 1, 1934)

³³⁸ Las propuestas del Presidente, elaboradas también por un Comité creado al efecto, pueden verse en: Furman (1948). La oposición de la AMA no se hizo tampoco esperar: ver a este respecto Phillips (1949).

³³⁹ Se puede ver en este sentido: Knowles, 1962. Y la respuesta de la AMA en: Kihss, 1962.

comentados o de la suma de ellos, como ocurrió en el caso del Reino Unido, se produjo un efecto distinto: la forma de organización de los servicios fue el resultado del compromiso y la negociación entre los gobiernos que promovieron esos servicios y la profesión médica de cada país³⁴⁰. Tras lograr dividir a la profesión entre especialistas y generalistas, por el procedimiento al que se alude en la nota anterior, el compromiso alcanzado con la British Medical Association en el nivel de la atención primaria consistió en esencia en excluir a los médicos generales de las plantillas formales de los servicios públicos constituídos, evitando formas de relación contractual de carácter “funcionario” o similar, y estableciendo, por el contrario, con ellos distintas formas de concertación individual para la atención de los pacientes bajo la cobertura pública, y diferentes formas de facilitación de grados variables de libertad de elección entre ellos³⁴¹.

³⁴⁰ En la obra de Timmins citada antes (Timmins, 1996, p. 139), se considera que “*el otro aspecto clave de la actividad de Bevan (para la creación del NHS) durante el otoño y el invierno de 1945 fue el establecimiento de una estrecha relación, que el tiempo demostró que sería su salvación, con los Presidentes de los tres principales Colegios Reales; el de los cirujanos, los médicos y los tocólogos...L ; pago a tiempo parcial a cambio de unas sesiones vagamente definidas, las entrevistas secretas con los Presidentes de los Colegios Reales también convencieron a Bevan de que tendría que permitir a los médicos especialistas a tiempo parcial que siguiesen dedicándose al ejercicio privado en “camas de pago” del NHS. Sin semejante concesión existía un riesgo muy real de que los médicos especialistas se negasen a incorporarse al servicio de salud, y establecerían, en palabras de Bevan, “un sarpujido de centros de salud privados por todo el país”, lo que socavaría la naturaleza comprensiva del servicio que Bevan quería establecer. Además, Lord Moran (el Presidente de los médicos) convenció a Bevan para que concediese recompensas, que se añadirían al sueldo base, a aquellos médicos que sus colegas considerasen especialmente dignos. Una década más tarde, en el transcurso de una cena privada de la Cámara de los Comunes, Bevan se jactaría irónicamente en uno de sus más famosos apartes: “Les llené la boca con oro”. La observación no fue confirmada hasta 1964 por Brian Abel-Smith, cuando aportó un pequeño elemento al creciente resentimiento acerca del ejercicio privado de la medicina, y que explotaría en la gran disputa de Bárbara Castle sobre las camas de pago. (En las conversaciones con los presidentes de los Colegios Reales), como lo expresó el profesor Abel-Smith:*

“Los médicos más importantes obtuvieron unas condiciones a la carta en el Servicio Nacional; pago a tiempo parcial a cambio de unas sesiones vagamente definidas, la entrega en secreto de fondos de Hacienda a aquellos de sus miembros que Lord Moran y sus dos colegas considerasen más meritorios, la parte del león de las donaciones de los hospitales universitarios para pagar el coste de sus investigaciones, y el derecho al ejercicio privado; en buena parte como antes. Los médicos especialistas habían ganado una remuneración regular sin sufrir pérdida alguna de su libertad, y se confiaba en que harían uso de su libertad de una forma responsable”.

El ala izquierda laborista, de la que Bevan procedía, se mostró muy poco satisfecha con este acuerdo. Pero, como Michael Foot lo expresaría, “conseguir que los médicos especialistas fuesen a los hospitales y mantenerlos en los mismos de la forma más regular posible resultaba crucial para todo el proyecto”. A largo plazo, las concesiones dividieron a la profesión médica y pusieron a los Colegios Reales, con las poderosas voces de Webb-Johnson y de Moran, del lado de Bevan. Sin esto resulta muy dudoso que el NHS hubiera llegado a nacer; y la extensión constante de médicos especialistas por todo el país, que contribuyó tanto a mejorar de forma paulatina desde 1948 los niveles de atención fuera de Londres y de las grandes ciudades, no se habría producido. La tremenda batalla que todavía habría que mantener con la Asociación Médica Británica...iba a ser entre Bevan y los médicos generalistas, más que entre Bevan y el conjunto de la comunidad médica” (Timmins, 1996, p. 139-140).

³⁴¹ Sobre esta cuestión, “*Bevan propuso que se pagase un sueldo base a los médicos de cabecera, y además de esto, que percibiesen las tarifas por capitación. Se eliminaría la venta de consultas, ofreciéndose 66 millones de libras esterlinas como compensación, una cantidad que incluso la*

Todo ello tuvo un primer resultado consistente en vencer la resistencia de las corporaciones profesionales respectivas que, a las ventajas sociales que se derivarían de la constitución de esos servicios de protección universal, oponían habitualmente el temor a la desaparición de las formas tradicionales del ejercicio libre de la profesión.

Pero, en combinación con el prestigio del que gozaba la profesión médica en general, y la competencia que se atribuía también a los médicos del primer nivel de atención, tuvo también otro efecto no directamente buscado, al menos de manera expresa: el compromiso hizo posible y consolidó a la atención primaria organizada de esa forma como la puerta de entrada al sistema sanitario en su conjunto y como vía de acceso obligada para acceder a la atención especializada, por entonces todavía desarrollada en un grado menor al actual³⁴².

Esa forma de organización de la atención primaria como puerta de entrada del sistema sanitario constituyó a la postre uno de los determinantes del éxito, en términos comparados de eficiencia del gasto, de los Servicios Nacionales de Salud frente a otras posibles formas de organización de esos sistemas, sin que, dadas las limitaciones tecnológicas todavía existentes en aquel momento, se hiciese presente ninguna insatisfacción manifiesta con esa forma de organización de los mismos³⁴³, y en concreto con las limitaciones para el acceso a la atención especializada más sofisticada. Ésta se ha convertido de hecho en su evolución en un bien de consumo más, sin tener en cuenta para ello las características peculiares, en términos de asimetría de información y de demanda inducida por la oferta, presentes en el “mercado” sanitario. Por otra parte,

Asociación reconoció como justa. En este punto Bevan fue inflexible. Como diría a los Comunes: “siempre he considerado la venta de consultas como un mal en sí mismo”...Lo que Bevan propuso para los médicos generalistas fue lo que al final ocurrió” (Timmins, 1996, p. 144-145). Una explicación mucho más amplia de la evolución de los debates dentro del Partido laborista y con la Asociación Médica Británica, que se prolongaron durante más de un año, sobre ese punto, se pueden ver en el mismo texto, entre las páginas 144 y 159 de la edición en castellano.

³⁴² Los efectos de las formas de constitución del NHS y del papel y la forma de relación diferente atribuidas a una y otras clases de médicos, los generalistas y los especialistas, en la constitución del NHS no se pueden considerar lineales, sino complementarios, e incluso contradictorios en algunos aspectos. Timmins (1996), por ejemplo, señala (p. 155) que *“el plan de Bevan también tuvo el efecto de divorciar a los médicos generalistas de los hospitales. Hasta qué punto esto resultó evidente en su momento no está claro. Pero la diseminación de los médicos especialistas por todo el país convirtió progresivamente a los médicos generalistas que habían tratado a sus pacientes como cirujanos, anestelistas y como médicos, en suplicantes de los especialistas para poder tratar a sus pacientes en los hospitales...El resultado fue el declive de la posición del médico generalista dentro de la profesión médica. Tuvo lugar una mejora dramática en la calidad de la atención dada, a medida que los médicos especialistas reemplazaron a los médicos poco cualificados, pero el resultado fue un servicio tripartito, no uno unificado”*.

³⁴³ Las referencias a la eficiencia comparada de los sistemas sanitarios y al grado de satisfacción de la población de cada país con el modelo existente en cada uno de ellos tiene su base en trabajos de Vicente Navarro y Javier Elola (Elola, 1995 y 1996) desarrollados en la mitad de la década de los 1990 a los que he hecho referencia, que he comentado en este mismo trabajo y en otros muchos trabajos previos. De estos últimos puede verse, por ejemplo, Rey del Castillo (2000).

como observo más adelante, esa evolución posterior se ha acompañado a la vez de cambios sustanciales en las condiciones del ejercicio de la profesión médica como profesión libre y autorregulada que caracterizaban la época de creación de los Servicios Nacionales de Salud como forma innovadora de organización de la protección sanitaria universal.

b) La evolución de la protección sanitaria en países que han seguido procesos de democratización paralelos y simultáneos al español.

Como ya he señalado al principio de este capítulo, la utilización como referencia comparativa de los países que cabe incluir en esta apartado se debe no a las semejanzas de sus sistemas sanitarios con el español, ni antes ni después de los procesos democratizadores ocurridos en ellos y en España, sino a los propios procesos democratizadores ocurridos tanto en ellos como en el caso español.

Las consideraciones que se realizan en este caso se basan principalmente en los análisis llevados a cabo en una obra de publicación reciente sobre relaciones entre desarrollo económico, democracia y Estado de Bienestar³⁴⁴, que centra dicho análisis en tres áreas geográficas concretas en las que a partir del inicio de los años 1980, es decir, en un plazo algo posterior a los cambios políticos de la Transición en España, tuvieron lugar procesos de democratización de diferente naturaleza, sobre los que, dada la abundancia de literatura política y social al respecto, no parece necesario extenderse más aquí. Esas tres áreas son América Latina, los países del sudeste asiático y los “países del Este” europeo.

En relación con esas áreas geográficas agrupadas así describo a continuación de manera resumida en primer lugar la situación de desarrollo de sus sistemas de protección social en general, y en particular de los servicios sanitarios, que se daba en cada una de ellas al inicio de la década citada, época que se cerró con la implantación de sistemas democráticos formales más o menos desarrollados, que en todo caso continuaron evolucionando después en el mismo sentido. En segundo lugar se describe la evolución seguida por los sistemas de protección tras la implantación en los países correspondientes de los derechos políticos democráticos, así como los factores que parecen más determinantes de esa evolución. Por último, se analizan las relaciones entre

³⁴⁴ El texto de referencia es “*Development, Democracy, and Welfare State: Latin America, East Asia, and Eastern Europe*”. Haggard (2008).

desarrollo económico, democracia, desarrollo institucional de cada país y Estado de bienestar, a la luz de lo observado en esos países.

b.1) La situación de los sistemas de protección en los países analizados previa a los cambios políticos democratizadores de los años 80 del siglo pasado.

Dejando aparte el análisis histórico de situaciones más alejadas en el tiempo, que se encontraban en el origen de esa situación de desarrollo concreto en cada una de las áreas geográficas objeto de análisis en este caso, la extensión de la protección general y en concreto la ofrecida por los servicios de salud constituídos en cada uno de los países de esas áreas era distinta:

-en el caso de los países latinoamericanos se trataba de una cobertura pública desigual e incompleta, que incluía, a través de sistemas de seguridad social no universales, principalmente a los trabajadores organizados de determinados sectores industriales que cumplían un papel sustitutivo de las importaciones en ciertos terrenos, pero excluía, por el contrario, a los sectores de la agricultura y la economía sumergida que, sin embargo, ocupaban a buena parte de la población, bajo la dependencia en el primero de esos casos de empresas transnacionales norteamericanas. Estas características de la economía de esos países tenía efectos adversos globales sobre la redistribución económica, y reducía los incentivos para invertir en educación, otro de los terrenos esenciales y característicos de los Estados de bienestar bien desarrollados. La atención sanitaria mayoritaria, con las excepciones citadas, se basaba de hecho para la mayoría de la población en la financiación y la provisión privadas.

-en el caso de los países asiáticos, su desarrollo económico durante la Guerra Fría se basó en una orientación neta hacia los sectores exportadores intensivos en mano de obra, orientación ampliamente basada en dos pilares que resultaron sumatorios en vez de contradictorios: de una parte, la flexibilidad laboral, los bajos salarios y los escasos niveles de protección social, hacía a estos países ampliamente resistentes a la constitución de sistemas de seguridad social a la manera europea. De otro, la orientación de su producción hacia los sectores dedicados a la exportación reforzó los incentivos para expandir el acceso a la educación a todos los niveles, que mejoró la cualificación de su mano de obra. Desde el punto de vista de los servicios sanitarios, el énfasis en el capital humano como recurso fundamental provocó la expansión de los servicios de salud pública y la atención sanitaria a nivel básico, de manera que garantizasen la disponibilidad de la mano de obra precisa en algunos países, pero la provisión y la

financiación de los servicios sanitarios en estos países permanecieron básicamente en manos privadas.

-en el caso de los países del Este europeos, sometidos a la influencia fundamental de la Unión Soviética, todos los gobiernos “comunistas” iniciaron una industrialización planificada centralizada inmediatamente después de la consolidación del poder soviético al final de los años 40 del siglo anterior. Esta estrategia se basaba en la inversión en industrias básicas, a cuya disposición se puso toda la mano de obra de cada país, con independencia de cuáles fueran sus estructuras sociales y económicas de partida y los cambios que esta orientación provocaran en la distribución de la población. Las consecuencias de esta política de socialización completa de la economía fueron el compromiso con el pleno empleo con independencia de su productividad, y la provisión gubernamental de protección social universal, que, en ausencia de actividad privada en cualquier sector de la economía, se financiaba y proveía públicamente, fuera en el ámbito de la atención sanitaria, la educación, las pensiones, o incluso la vivienda. La colectivización de la agricultura sentó las bases para que la cobertura de los trabajadores en este área se extendiera también a ellos a través de sistemas de protección universales e iguales. En el caso de los servicios sanitarios, el modelo adoptado en la mayoría de los países, a imitación del modelo soviético, consistió en una organización jerarquizada por niveles de atención, con centros de complejidad progresiva distribuidos por el territorio con arreglo a criterios de planificación homogéneos, por regiones y distritos, e incluso niveles más reducidos, definidos con criterios poblacionales. Los trabajadores sanitarios de toda clase, incluidos los médicos, como en otros sectores de los servicios, tenían la consideración de empleados públicos.

Para resumir esta diferente situación de los Estados de bienestar, incluyendo en ellos los servicios de salud, en esos tres distintos grupos de países se podría decir que *“en resumen, los sistemas de bienestar que se habían desarrollado al final de los años 70 y principios de los 80 (del siglo anterior) en cada una de las tres regiones estaban profundamente sustentados en los intereses políticos y las estrategias económicas que se habían desarrollado en cada una de ellas durante décadas. Los “contratos sociales” que ponían de manifiesto no eran en todo caso de manera principal el resultado de políticas democráticas, ni siquiera de la negociación con los sectores afectados interesados; de manera mucho más general, simplemente se imponían desde arriba. Pese a todo, las diferentes políticas desarrolladas en cada caso generaron distintas expectativas sobre los beneficios que el estado debía proporcionar. A su vez,*

los intereses, expectativas, e incluso las instituciones creadas durante esas primeras intervenciones sociales, afectaron intensamente el desarrollo de las batallas sobre las políticas sociales que se desarrollaron en las nuevas democracias recién creadas en los años 80 y 90” (Haggard, 2008, p. 10).

b.2) La revisión de los contratos sociales entre 1980 y 2005 en los grupos de nuevos países democráticos analizados.

A modo de resumen, se puede decir que los años 80 y 90 del siglo pasado fueron testigos de importantes cambios políticos y económicos en las tres regiones; cambios que en general aumentaron los incentivos para extender los compromisos de protección social, y la cobertura de los servicios de salud, de los sectores menos favorecidos de las poblaciones respectivas, a la vez que se mantenía la protección de los sectores que ya lo estaban bajo los sistemas autoritarios anteriores. Sin embargo, el curso de las políticas sociales resultó también profundamente afectado por los problemas económicos que se dieron en ese plazo, que provocaron que las tendencias ideológicas existentes en el terreno económico presionaran intensamente en la dirección de la disminución de las responsabilidades sociales por parte de los Estados.

Sin entrar en mayores detalles, cabe decir que, así como las tres décadas siguientes a la Segunda Guerra Mundial fueron épocas de gran crecimiento económico, hasta el punto de que fueron apodadas como una “nueva edad dorada”, lo que ocurrió al amparo de las políticas keynesianas a las que ya he aludido en el apartado anterior, a partir de la crisis económica de mediados de los setenta, desencadenada por la subida del precio de petróleo, las tendencias al crecimiento se trasformaron en una profunda crisis, que se repitió a primeros de los años 80 como una crisis financiera de deuda que afectó especialmente a los países latinoamericanos, y tuvo nuevas manifestaciones a principios y finales de los años 90.

Una característica añadida de la nueva situación económica desde que se iniciaron esas crisis fueron las importantes variaciones en resultados económicos entre regiones y entre países que se pusieron de manifiesto, a la vez que se hacía patente una mayor fragilidad financiera en todos ellos (que ha culminado con la crisis económica más reciente, a partir del verano de 2008, cuya amplitud y profundidad tiene relación con la globalización de los mercados financieros).

En los países con mejores resultados macroeconómicos las demandas para reforzar la protección social aumentaron. Pero con carácter general, y en especial en aquellos países en los que la crisis se puso de manifiesto con restricciones fiscales y alta

inflación de manera simultánea, esas demandas se vieron ensombrecidas por la influencia de los tecnócratas económicos liberales, que aumentaron su influencia sobre los gobiernos y sobre los organismos económicos internacionales (FMI, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, OCDE) , promoviendo a la vez políticas de estabilización macroeconómica y diferentes reformas orientadas a la liberalización de los mercados de mercancías y capital y a la privatización y desregulación de aquéllos; políticas que tuvieron también su proyección en el ámbito de los servicios públicos, promoviendo igualmente la liberalización de su provisión y la restricción de los beneficios prestados. Un ejemplo de esas políticas, cuya aplicación a diferentes países y situaciones se caracterizaba también por promoverse de manera uniforme con independencia de cuáles fueran unos y otras, son las reunidas bajo la denominación de “consenso de Washington”, por el lugar en el que se acordó su recomendación, que luego se ha repetido en multitud de ocasiones, por primera vez³⁴⁵.

345 Se entiende por Consenso de Washington un listado de políticas económicas consideradas durante los años 1990 por los organismos financieros internacionales y centros económicos con sede en Washington (Fondo Monetario Internacional, FMI; Banco Mundial, BM; el Congreso de los EEUU; la Reserva Federal norteamericana, los altos cargos de la Administración del mismo país y los institutos de expertos (think tanks) económicos) como el mejor programa económico que los países latinoamericanos debían aplicar para impulsar el crecimiento. A lo largo de la década el listado y sus fundamentos económicos e ideológicos, tomaron la característica de un programa general. Fue formulado originalmente por John Williamson en un documento de noviembre de 1989 ("What Washington Means by Policy Reform") elaborado como documento de trabajo para una conferencia organizada por el *Institute for International Economics*. El borrador incluyó una lista de diez políticas que eran más o menos aceptadas por todo el mundo en Washington e incluía los siguientes elementos:

1. Disciplina fiscal
2. Reordenamiento de las prioridades del gasto público
3. Reforma Impositiva
4. Liberalización de las tasas de interés
5. Una tasa de cambio competitiva
6. Liberalización del comercio internacional (trade liberalization)
7. Liberalización de la entrada de inversiones extranjeras directas
8. Privatización
9. Desregulación
10. Derechos de propiedad

Esa lista tomó autonomía y se constituyó en lo que luego se denominaría “doctrina neoliberal”, especialmente por parte de sus críticos. Con posterioridad la "lista" inicial fue completada, ampliada, explicada, y corregida. Se ha hablado del Consenso de Washington II, y del Consenso de Washington III. El *Consenso de Washington* ha recibido gran cantidad de críticas. Quizás las más importantes sean las que le formulara Joseph Stiglitz, premio Nóbel de Economía 2001 y ex vicepresidente del Banco Mundial. Críticos del neoliberalismo, como Noam Chomsky o Naomi Klein, han visto en el Consenso de Washington un medio para abrir el mercado laboral de las economías del mundo subdesarrollado a la explotación por parte de compañías del primer mundo.

Las críticas, que provienen desde el movimiento antiglobalización hasta del mismo liberalismo económico, argumentan además que los países del primer mundo han venido imponiendo las políticas del Consenso de Washington sobre los países de economías débiles mediante una serie de organizaciones burocráticas supraestatales como el BM y el FMI, además de ejercer presión política y hasta extorsión sobre los gobiernos de los países correspondientes para concederles ayudas económicas, condicionadas a su aplicación . Se argumenta además, de forma muy generalizada, que el Consenso de Washington no ha producido ninguna expansión económica significativa en Latinoamérica, y sí en cambio crisis económicas

La posición de cada uno de los tres grupos de países que evolucionaron hacia la democracia en esa época ante la nueva situación económica fue muy distinta, lo que influyó en la evolución de sus sistemas de protección social.

Los países asiáticos afrontaron las crisis sucesivas en la situación económica más favorable de entre esos grupos de países. Su crecimiento económico se mantuvo con fuerza en la mayoría de ellos, en relación con los sectores y la forma de desarrollo escogida, hasta la crisis financiera de 1997-1998. Esta situación proporcionó a las nuevas democracias que se fueron constituyendo la posibilidad de expandir el papel del Estado en la provisión de protección y servicios sociales. La crisis de aquel año, de carácter cíclico, pese a suponer para esos países los mismos problemas que para los de los otros dos grupos, no puso en cuestión su modelo de desarrollo, por lo que la expansión de la protección social que se había producido en los años previos no se puso tampoco a su vez, siquiera en aquel momento, en cuestión.

Por el contrario, tanto los países latinoamericanos como los del Este de Europa tuvieron que afrontar situaciones económicas más desfavorables. Las economías latinoamericanas sufrieron profundas recesiones durante la crisis de la deuda a principios de los 80, lo que se volvió a repetir en las siguientes de los años 90. Por su parte, experimentaron una reducción progresiva de sus tasas de crecimiento antes del colapso del sistema en 1989, y a partir de esa fecha, que de manera simbólica quedó representada por la caída del muro de Berlín, sufrieron recesiones calificadas como “de transición” al funcionamiento capitalista de sus economías, que fueron especialmente intensas durante la primera mitad de los años 90.

Las situaciones económicas descritas tuvieron consecuencias económicas contradictorias sobre los sistemas de protección social que se habían desarrollado de manera diferente en cada uno de esos grupos de países. Además de las descritas más arriba en cuanto al predominio de las posiciones económicas liberales y el deterioro de la capacidad de respuesta económica de los Estados, se produjo el aumento de las demandas de protección social surgidas como consecuencia de las crisis experimentadas por muchos sectores y su exposición a la competencia con otros países, para la que no

severas y la acumulación de deuda externa que ha venido manteniendo a estos países anclados al mundo subdesarrollado.

(El resumen, adaptado para este texto, está tomado del relativo a este concepto que figura en la enciclopedia digital Wikipedia, accesible en http://es.wikipedia.org/wiki/Consenso_de_Washington).

estaban preparados, lo que ocurrió en especial en el caso de los países del Este europeos.

Pero la evolución de los sistemas de protección en unos y otros grupos de países no vino sólo determinada por la evolución de la situación económica, sino también de manera muy importante por las características y la situación de los sistemas de protección social de que se habían dotado previamente. Aquéllos, con arreglo a la situación descrita en el apartado anterior, habían creado en algunos casos beneficiarios preferentes de sus sistemas de protección, que trataron de mantener sus privilegios, constituyéndose en obstáculos para las reformas que, en atención a las nuevas demandas creadas, y a las expectativas creadas por la posibilidad de que esas demandas se expresaran bajo el nuevo régimen democrático, pretendieran ampliar el ámbito poblacional de la protección; esta posición la adoptaron también en algunos casos organizaciones sindicales representativas de los trabajadores más organizados que estaban presentes en los órganos de gobierno de algunos sistemas de protección de los países respectivos. También se produjeron situaciones contradictorias por parte de los funcionarios y el personal de los servicios públicos, en defensa de su propia situación y el mantenimiento de sus intereses económicos. Sobre los servicios públicos, y en particular sobre los sanitarios, gravitaban también los intereses de diferentes agentes privados de los propios países o de otros, como los sectores financieros, las compañías de seguro, principalmente norteamericanas, interesadas en su penetración en los nuevos mercados abiertos, así como las empresas farmacéuticas.

Los países asiáticos se encontraron en este sentido en una situación diferente a la de los otros dos grupos de países. El desarrollo comparativamente “minimalista” de sus sistemas de protección social previos favoreció e hizo más fácil el desarrollo y la aplicación de las propuestas políticas consistentes en ampliar los compromisos públicos, incluyendo la creación de servicios públicos de salud de cobertura amplia, sin que hubiera grupos de interés organizados que se opusieran, en defensa de su propia situación privilegiada previa, al desarrollo de esas iniciativas.

Por el contrario, los países latinoamericanos y los del Este de Europa se encontraron, además de con una situación económica más adversa, con la presencia de intereses organizados, como consecuencia de los compromisos previamente adquiridos, desarrollados de manera mucho más amplia. Existían, si embargo, diferencias entre los países de las dos zonas:

-en el caso de los países latinoamericanos, el desarrollo de los sistemas de protección habían alcanzado en algunos casos mayores grados de intensidad para grupos sociales determinados, que podían suponer compromisos de gasto importantes. En todo caso, el acceso a esos sistemas de protección, conforme a lo descrito antes, se caracterizaba por ser muy desigual y excluir a amplios grupos sociales.

“En los países donde la cobertura llegó a ser más amplia, como Uruguay y Costa Rica, los esfuerzos para reformar los sistemas de protección social y los servicios se enfrentaron a mayores dificultades políticas. Donde la cobertura alcanzada era restringida y más desigual, los promotores de las reformas orientadas a la constitución de mercados en este ámbito se vieron reforzados frente a la agenda determinada por las políticas sociales”.

-En el caso de los países del Este europeo, *“la transición al mercado requirió un desplazamiento fundamental hacia fuera del sector público estatal. Pero los legados de protección social derivados de los regímenes anteriores tuvieron también consecuencias políticas destacadas. Los ciudadanos habían sido incorporados a una densa red de reconocimiento de derechos de protección social, y aunque el valor de estas redes de protección y la calidad de los servicios se había deteriorado, echar para atrás esos logros suponía riesgos políticos importantes. Los nuevos gobiernos democráticos de los países del Este llevaron a cabo reformas (de esos sistemas), pero se esforzaron también por mantener la cobertura universal de un número importante de riesgos asociados al ciclo vital, de manera especial la salud y las pensiones. Igualmente dieron un relativamente alto nivel de prioridad a proporcionar redes de protección social a los trabajadores de los sectores básicos de la economía formal”.* (Haggard, 2008, p. 12-13)³⁴⁶.

b.3) Las relaciones entre democracia y protección social³⁴⁷.

La pregunta que se deriva desde esos análisis, que pretendo trasladar también hacia el caso español, es hasta qué punto puede deducirse si de la transición a la democracia desde un régimen autoritario anterior en cualquier país y situación se debe derivar una ampliación del contrato social en forma de constitución de sistemas de bienestar más amplios y generosos.

³⁴⁶ Sobre la evolución en estos países ver también Durán (2003), Rechel (2009) y Stuckler (2009).

³⁴⁷ Quizás el título de esta apartado debería referirse mejor a las relaciones entre transición a la democracia y protección social. Un análisis “estático” de esta cuestión, o en otros términos, entre democracia y salud, está tratado con distintos enfoques y en distintos tipos de regímenes y países en Franco (2004), Martyn (2004), Davey Smith (2004), Ncayiyana (2004), Hesketh (2004), McKee (2004) y Subramanian (2009).

La pregunta permite una primera respuesta a partir de la constatación de la variedad de diferencias institucionales y sistemas de protección, de distinta amplitud en la cobertura material y personal, que se da en los diversos países democráticos constituidos como tales desde hace más tiempo. No parece, a la luz de esas diferencias³⁴⁸, que exista un modelo que permita definir alguna relación entre la forma democrática de un país y la constitución concreta de un sistema de protección social, ni siquiera de la amplitud de su cobertura material y personal.

No obstante, en los países democráticos la política se ha asociado siempre con el aumento de las presiones para la redistribución, llevadas a cabo a través de los mecanismos que son propios de las mismas reglas de la democracia. Ello no quiere decir que en sistemas no democráticos no se dé la posibilidad de movimientos redistributivos de los ingresos, en algunos casos de manera muy dramática (Bueno de Mesquita, 2003). Lo que, sin embargo, un régimen democrático añade es la posibilidad de expresión de grupos de interés más amplios, y con frecuencia contrapuestos, que los que se expresan en un régimen autoritario, sin que, sin embargo, de ello se pueda deducir en un solo sentido el resultado de la confrontación entre aquéllos, sino que éste depende de la fortaleza de los grupos de interés existentes en cada caso. Una confrontación que, en términos políticos, se traduce en el apoyo a unos u otros candidatos, que deben buscar a su vez el apoyo de los distintos grupos de votantes.

(Las distintas formas de organización de las democracias constituidas, permiten, sin embargo, diferentes formas de influencia sobre los parlamentarios³⁴⁹, algunas tan peculiares (y habría que cuestionar si democráticas, en cuanto que son más accesibles para quienes disponen de capacidad económica suficiente como para crear los suyos propios) como la de los “lobbies” norteamericanos, que son en buena parte el soporte económico fundamental para las campañas de los candidatos³⁵⁰. Este tipo de

³⁴⁸ Tales diferencias se han asociado por diferentes autores a factores tan distintos como el carácter presidencialista o parlamentario de las constituciones de los distintos países (Persson, 1999, 2000, 2003; Milesi-Ferretti, 2002; Alesina, 2004), el propio carácter federal o unitario de éstos (Swank, 2002; Wibbels, 2005), o incluso a las reglas electorales vigentes en cada país, que afectan a la coherencia o la fragmentación de los sistemas de partidos existentes en cada caso (Cox, 2001; Shugart, 2006).

³⁴⁹ Sobre las diferencias existentes entre la posibilidad de que se tengan en cuenta las opiniones de las personas pobres en relación con las ricas por los gobernantes y los parlamentarios en los Estados Unidos es muy interesante el libro de LM Bartels (2008) *“Unequal democracy: The Political Economy of the New Gilded Age”*. Para el autor, la desigualdad creciente en la sociedad americana no es sólo el resultado del desarrollo de las fuerzas económicas, sino que es también el producto de elecciones políticas de largo alcance en el seno de un sistema dominado por las ideologías partidarias y los intereses de los más ricos.

³⁵⁰ Sobre los lobbies norteamericanos y su influencia sobre las políticas sanitarias en aquel país Paul Krugman decía en un artículo reciente de título paradójico (*“Echando de menos a Richard Nixon”*): *“Hay otra razón para que la reforma sanitaria sea mucho más difícil ahora que lo hubiera sido en*

mecanismos, que tienen expresiones muy concretas en el campo de los servicios sanitarios a través de la industria farmacéutica y la de los seguros, se está implantando también en el entorno de la Comisión Europea, en Bruselas, y alejan las decisiones políticas de las instituciones correspondientes de los intereses más inmediatos de los ciudadanos³⁵¹).

En todo caso, en los tres grupos de países que vengo analizando en este apartado la transición a la democracia facilitó la ampliación, organización e intervención de un número mayor de grupos de interés en relación con las políticas sociales y la constitución de los estados de bienestar respectivos:

-para el caso de los países asiáticos, fuera del ámbito de la educación, que constituía, como he indicado, el ámbito de atención y actuación pública preferente, la protección social, incluida la sanitaria, descansaba principalmente sobre las bases de planes de aseguramiento privado obligatorios, o de autoaseguramiento, y la provisión privada. Con la democratización, surgieron sindicatos, organizaciones civiles, e incluso ONGs, que aparecieron en la escena de estas políticas para demandar un papel público más amplio en la provisión de la protección social y los servicios. Los políticos, por su parte, encontraron la oportunidad de obtener mayores apoyos a través de prestar el suyo

tiempos de Nixon: la enorme expansión de la influencia corporativa. Tendemos a pensar ahora, cuando hay un enorme ejército de lobistas situados permanentemente en los pasillos del poder, con las grandes corporaciones preparadas para desatar engañosas campañas publicitarias y organizar falsas protestas populares contra la legislación que amenaza sus intereses fundamentales, que siempre ha sido así. Pero el sistema de influencias, dominado y financiado por las grandes corporaciones, es una creación relativamente reciente, que data de finales de los años 70. Este sistema está actualmente presente, y cualquier reforma que se pretenda (en contra de sus intereses) es extremadamente difícil. Esto es especialmente verdad para el caso de la atención sanitaria, donde el crecimiento del gasto ha hecho esos intereses creados mucho más poderosos que lo eran en la época de Nixon. La industria de los seguros médicos, en particular, ha visto crecer el valor de sus primas desde el 1,5% del GDP (equivalente a nuestro PIB) en los años 70 hasta el 5,5% en 2007, de manera que un agente que era de segundo nivel se ha convertido en un gigante político, que actualmente está gastando 1,4 millones de dólares diarios en ejercer actividades de lobby en el Congreso” (Krugman 2009 a).

³⁵¹ En el caso de la reforma sanitaria que pretende llevar a cabo el presidente Obama en los Estados Unidos, cuyo objeto prioritario es aumentar la cobertura poblacional de la protección sanitaria, algunos medios de comunicación han recurrido a hacer públicas las subvenciones para sus campañas que han recibido cada uno de los congresistas y senadores que están participando de manera más activa en el debate. Puede verse, por ejemplo, a este respecto: Eggen (2009 a). O, a la inversa, el gráfico publicado en el mismo periódico (Washington Post) el 6 de Julio (“A sphere of influence”) en el que se observaba cómo al menos 50 de las personas que están trabajando para diferentes “lobbies” industriales en relación con (tra) la reforma, con clientes múltiples en muchos casos, han trabajado previamente para el Comité de Finanzas del Senado, uno de los órganos parlamentarios principales relacionados con la reforma. También en el mismo periódico se puede ver la referencia a las subvenciones y otros apoyos para sus actividades recibidos por el grupos de congresistas demócratas conocidos como *Blue Dogs*, que han sido determinantes para posponer a después del verano de 2009 el debate sobre la reforma, facilitando con ello, como he indicado en un apartado anterior, el reforzamiento de las posiciones de quienes se oponen a ella (Eggen D. *Industry is generous to influential bloc*. The Washington Post, Friday July 31, 2009). Algunos periódicos españoles se ha hecho también referencia a esta cuestión. Ver, por ejemplo, Colombani (2009), o Navarro (2009).

a la ampliación de la protección social. En el texto citado (Haggard, 2008, p. 16) se destaca cómo, por el contrario, los dos países en los que se mantuvieron regímenes autoritarios, Singapur y Malasia mostraron una continuidad mucho más amplia de sus políticas sociales, e incluso potenciaron la aparición de nuevas propuestas liberalizadoras y privatizadoras de la protección y los servicios³⁵².

-en el mismo texto se indica que *“los efectos de la democracia fueron mucho más complejos en los sistemas de protección latinoamericanos, caracterizados por su elevado coste relativo y su desigualdad (poblacional) en la protección ofrecida. La vuelta a la democracia aumentó los incentivos de distintos agentes sociales para apelar a los votantes hasta entonces marginados, pero también amplió las oportunidades de los grupos de interés organizados para defender su situación de cobertura y sus prerrogativas institucionales. A vez, el colapso del viejo modelo económico y las profundas recesiones crearon dificultades fiscales especialmente severas, por lo que los gobiernos debieron soportar fuertes presiones para liberalizar la protección social e incluso reducir los compromisos previos. Como consecuencia de todo ello, en estos países las iniciativas de expansión de la protección social y los servicios que se hicieron patentes en los países asiáticos quedaron fuera del mapa. Por el contrario, los tecnócratas reformistas liberales encontraron el terreno abonado para combinar sus propuestas de liberalización de más largo alcance de los sistemas de protección existentes, la compensación para algunos de los grupos de interés más poderosos, y programas contra la pobreza dirigidos a los más pobres”* (Haggard, 2008, p. 16-17).

-por su parte, en los países del Este, el estado de bienestar previo, universal y público, característico de los países “socialistas”, incluía en los sistemas de protección a segmentos muy amplios, si no la totalidad, de sus poblaciones respectivas. Con la democratización, estas características universales de la protección previa provocaron fuertes intereses electorales y el contrapeso de los intereses de ciertos grupos por las reformas “liberalizadoras” y la restricción de la protección ofrecida, lo que hizo que, incluso en presencia de las fuertes presiones fiscales a las que se vieron sometidos estos países, las reformas en la línea indicada no se aplicasen o, en todo caso, se limitaran. Por otra parte, la democracia creó también incentivos para que los partidos políticos de todo el espectro prestasen atención a los intereses de las clases trabajadoras y otros

³⁵² Un ejemplo de esas nuevas propuestas con las “cuentas de ahorro sanitarias” (*medical savings accounts*), promovidas como vía de financiación de la atención sanitaria individual y privada promovidas por el segundo presidente Bush en los Estados Unidos. Las características de las mismas se pueden ver en Maynard (2002).

grupos no favorecidos por la transición al mercado hecha posible por la desaparición de los regímenes previos.

IV.3.- Las condiciones de nacimiento y desarrollo del Sistema Nacional de Salud español. ¿Un gigante con pies de barro y sin espina vertebral?.

Los apartados anteriores han permitido hacer algunas observaciones básicas para entender qué circunstancias de diferente carácter contribuyeron a permitir el desarrollo de los Servicios Nacionales de Salud en otros países en un momento concreto del tiempo. Por otra parte, otras observaciones distintas han permitido acercarse a las condiciones que determinaron el desarrollo en diferente sentido de los servicios de salud en diversos grupos de países que se acercaron a la constitución de regímenes políticos democráticos en un período cercano a aquel en el que España, a través del proceso de Transición, se dotó del sistema constitucional democrático en el que se insertó la creación y configuración del denominado Sistema Nacional de Salud.

En este apartado se tratan de comparar las circunstancias de uno y otro carácter con las existentes en nuestro país en el momento de la creación y durante el desarrollo posterior del Sistema. De la comparación mencionada se pretenden deducir algunas de las razones determinantes de las limitaciones de aquél que se han puesto de manifiesto en la primera parte de este trabajo. Se pretenden deducir también las justificaciones posibles de los criterios políticos aplicados, causantes a su vez de esas limitaciones, por el único partido político que, conforme a las evidencias de nuestro país y las comparadas, habría tenido tendría capacidad para crear en España un sistema universal y equitativo de protección sanitaria; una expectativa que, según los datos aportados, no se ha cumplido todavía ni tiene visos de cumplimiento en un plazo inmediato posterior.

a) El contexto político de la creación del Sistema Nacional de Salud: ¿un modelo “anacrónico”?.

Por anacronismo, según los diccionarios, se entiende el “error de cronología consistente en atribuir a una época elementos pertenecientes a otra”.

En el sentido indicado, a la vista de algunas de las condiciones que se daban en el contexto político general en la época en la que se generó el Sistema Nacional de Salud español, el calificativo de anacrónico podría resultar adecuado para la adopción nominal por aquél en su creación de un modelo, el de un “servicio nacional de salud” con las características a las que me he referido anteriormente, cuyo desarrollo sólo fue

posible antes mediante la coincidencia en el tiempo de unas condiciones políticas y sociales determinadas que se dieron en un momento concreto.

La primera de esas condiciones a las que me he referido en el análisis anterior era la de la iniciativa para su implantación por un gobierno de tinte socialdemócrata. No cabe duda de que con el acceso del PSOE al Gobierno de la nación en 1982 se cubrió esa primera condición. Pero ésta, como las otras, tenía el carácter de necesaria, pero no suficiente.

Como he tratado de resaltar en el análisis previo, la creación de los Servicios Nacionales de Salud que tuvo lugar en los años siguientes a la Segunda Guerra Mundial se dio en unas condiciones muy concretas no sólo de distribución formal del poder, sino también de iniciativa política y predominio de las ideas y propuestas preferentes, tanto desde el punto de vista político como de sus bases económicas, para resolver los problemas de las sociedades de aquel momento, lo que podría resumirse en el concepto gramsciano de “hegemonía”. Los gobiernos socialdemócratas que las desarrollaron no hacían sino aplicar las propuestas que, principalmente sustentadas en la ideas de Keynes para aportar soluciones de demanda agregada a la crisis económica que había comenzado en 1929, partieron en cada país del ámbito propio de cada gobierno y de los partidos del carácter citado y sus bases de apoyo, representantes de manera mayoritaria de las clases trabajadoras.

Más de treinta años más tarde, cuando se generó la constitución del SNS español, las circunstancias políticas, y en especial las bases doctrinales económicas en las que sustentar las propuestas políticas, habían cambiado por completo de sentido.

La crisis económica de mediados de los años setenta, a la que ya me he referido, cuyos orígenes hay que poner en relación de manera inmediata con el aumento de los precios de los productos energéticos básicos, singularmente del petróleo, se solventó con el predominio de las propuestas económicas liberales, cuyo origen hay que situar sobre todo en la escuela de Chicago, con Milton Friedman y sus colaboradores a la cabeza. Las nuevas doctrinas económicas dominantes dieron por caducas las ideas de intervención pública de Keynes³⁵³, preconizando, por el contrario, la reducción del Estado y de su intervención en la economía como paradigma, y la liberalización del comercio de toda clase de productos, incluidos los financieros, y de los servicios, en cuyo ámbito hay que encuadrar también los de salud.

³⁵³ Un buen resumen de esa evolución se puede ver en Krugman P. (2009 b).

Esas nuevas doctrinas dominantes, que suponían un cuestionamiento específico del Estado de bienestar como un lastre añadido del que debería liberarse la economía de cualquier país para poder crecer de manera adecuada, una posición que ha sido objeto de formulación más expresa en los últimos años, no encontraron una contestación significativa en el ámbito económico. En el político encontraron su mejor terreno de aplicación literal en diferentes regímenes autoritarios dictatoriales que fueron surgiendo en América Latina después de los correspondientes golpes de estado.

Por su parte, los gobiernos socialdemócratas que en Europa, el ámbito característico de creación de los Servicios Nacionales de Salud, se fueron alternando con otros conservadores en aquellos años, a falta de bases doctrinales económicas distintas, no se diferenciaron de manera significativa en la aplicación de sus políticas de los gobiernos conservadores, e incluso asumieron como propias muchas de ellas, entre ellas la de la menor eficiencia “esencial” de la gestión pública, sin necesidad de recurrir a mayores matizaciones, la inevitabilidad del dominio del mercado sobre el Estado, y la sustitución del ideal igualitarista por el concepto de “solidaridad” y la “equidad”, en el sentido desigual acuñado por Rawls, al que me he referido en los primeros apartados de este trabajo³⁵⁴. Esa asunción de propuestas e ideas con raíz en ámbitos políticos diferentes al propio tuvo en algunos casos expresiones concretas en el terreno de los servicios sanitarios, de las que el mejor ejemplo, al margen de su envoltorio argumental, son las políticas aplicadas por los gobiernos laboristas desde el primero de Tony Blair sobre el NHS.

La ausencia de iniciativas políticas propias y originales de esos mismos partidos es una situación que se ha perpetuado hasta la actualidad, y que ha provocado la crisis de no pocos de ellos³⁵⁵. Pueden verse a este respecto la situación del Partido Socialista francés, la de las coaliciones de la izquierda italiana herederas de los partidos tradicionales, la escisión sufrida desde su ala izquierda por el partido Socialdemócrata alemán, o las perspectivas electorales del actual gobierno laborista británico. Algunos intentos de aplicación de políticas diferentes y el retorno a una economía con mayor

³⁵⁴ Ver Piellier (2009), “*Cuando la izquierda no quiere cambiar nada...*”.

³⁵⁵ Una exposición reciente de esta tesis se puede ver en Flores de Arcais (2009), contestada a su vez desde las filas del Partido Socialista español por Astudillo (2009). En la misma línea que apunta a que la crisis de los partidos socialdemócratas se debe en gran medida a la adopción de esquemas neoliberales que mutilaron su identidad, de los que el mejor ejemplo es la llamada “Tercera Vía” del laborista inglés Tony Blair se puede ver también Naïr (2009). Para una crítica distinta de las posiciones socialdemócratas puede verse Tortella (2008). En todo caso, la mención a la situación de crisis de la izquierda en Europa, en coincidencia llamativa con la actual crisis del capitalismo ha alcanzado a todos los medios de comunicación, incluida la prensa norteamericana menos tendenciosa: ver, por ejemplo, Erlanger (2009).

intervención pública, como el realizado por parte del primer gobierno socialista francés con Francois Mitterrand como presidente de la República, constituyeron un sonado fracaso y la vuelta rápida a la ortodoxia “liberal”.

En mi opinión, la evolución someramente descrita aquí pone en cuestión la realidad de afirmaciones previas que se han realizado por algunos autores. Así, por ejemplo, se ha podido leer que *“el desarrollo democrático genera una tensión con las necesidades del capital que ha sido, en parte resuelta por la socialdemocracia”* (Elola 1996 b). Del curso seguido por las políticas generales y las desarrolladas en el terreno de las políticas sociales, incluídas en ellas las relativas a los servicios de salud, a lo largo de los últimos treinta años, con excepciones escasas (quizás limitadas tan solo al caso de Suecia, un país peculiar por su tamaño y distribución poblacional, además de otras características de sus propios servicios) parecen deducirse conclusiones opuestas, que, por otra parte, se han expresado también a través de la ausencia de propuestas alternativas en el campo de la teoría económica.

Que en ese contexto, y en el de una economía cada vez más “globalizada” según la terminología actual, se generase una propuesta como la de la creación de un Servicio Nacional de Salud en nuestro país, que suponía de manera más o menos explícita una reedición de las ideas keynesianas, requiere de alguna explicación. La posibilidad de ésta se mueve entre dos extremos posibles: o bien quien la realizó era ajeno al conocimiento de lo que estaba ocurriendo en la doctrina económica y en la política sanitaria de otros países del entorno, o, como ha ocurrido en otros terrenos de las reformas llevadas a cabo en la España democrática, se formuló el enunciado de la propuesta sin ningún compromiso real del Gobierno y el partido que la desarrollaron con su aplicación con todas sus consecuencias.

De las dos posibilidades, la primera, teniendo en cuenta la personalidad del ministro que la llevó a cabo, un economista de prestigio, y los amplios contactos y apoyos recibidos por el Partido Socialista de otros partidos europeos homólogos en los años de la Transición y los siguientes, parece descartada.

Por el contrario, creo haber proporcionado pruebas suficientes en la descripción anterior de que la posibilidad más probable se acerca a la segunda respuesta. La descripción realizada de las políticas llevadas a cabo en aquellos años y en los sucesivos; el mismo retraso en su formulación expresa; la facilidad con la que (a partir del informe Abril) se cambió la orientación de las políticas preferentes, sin previo aviso ni advertencia de sus consecuencias, al poco tiempo de la formulación en la Ley

General de Sanidad, y sin atenerse tampoco a las reglas establecidas en las normas previas; o la supeditación de la aplicación de las medidas necesarias para la constitución de un servicio público universal con gestión descentralizada a las prioridades derivadas de la nueva constitución territorial del Estado, sin adoptar ninguna cautela previa; todas ellas me parecen, sin necesidad de recurrir aquí a una enumeración más amplia, razones suficientes como para apuntar como más probable esa segunda respuesta.

Con todo, lo que me parece de mayor importancia en este punto no es sólo deducir la probabilidad de esa segunda respuesta sino, de manera principal, que la ausencia de un sustrato doctrinal dominante para la creación de un Servicio Nacional de Salud en el momento en el que se llevó a cabo la constitución legal de nuestro Sistema constituyó de manera objetiva un obstáculo significativo y una hipoteca relevante para el éxito de la empresa. Empresa que, por no adaptarse a al menos una parte las circunstancias reales existentes en su época, cabría calificar en consecuencia y en ese sentido de “anacrónica” en su formulación, y cuyos resultados se han visto afectados por la existencia de esa hipoteca.

Una hipoteca que, por otra parte, se ha seguido pagando hasta ahora: el mejor ejemplo reciente del predominio de los criterios sanitarios liberales en Europa es el proyecto de Directiva elaborado por el Parlamento y el Consejo Europeos para regular de manera homogénea el acceso transfronterizo a los servicios sanitarios por parte de los ciudadanos de la Unión³⁵⁶. Aunque el texto no ha sido todavía aprobado ante las reticencias de distintos países, entre ellos de manera destacada España con su actual

³⁵⁶ El nombre literal del proyecto se refiere a “la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza”. La última versión avanzada de la misma que, sin embargo no llegó a adoptarse, como se explica a continuación, se presentó en la reunión del Consejo de Ministros de la Unión Europea celebrado bajo Presidencia sueca en Bruselas los días 30 de noviembre y 1 de diciembre de 2009. En todo caso en el comunicado de prensa de la reunión (referencia 16611/09 (Presse 348), accesible en www.consilium.europa.eu/Newsroom) se indica que “*se alcanzó un acuerdo político (subrayado en el texto) sobre el borrador de directiva*”. A su vez, en una nota en castellano elaborada el 26 de noviembre (referencia 16005/09) tras la reunión del Comité de Representantes Permanente previa al Consejo se indica que “*habida cuenta de la entrada en vigor del Tratado de Lisboa el 1 de diciembre de 2009, se hacen necesarias algunas adaptaciones del texto del proyecto de Directiva. Se trata de un ejercicio puramente técnico para ajustar la propuesta transaccional al nuevo Tratado, sin que ello afecte al fondo. En el texto recogido en el Anexo, la Presidencia ha adaptado las referencias al Tratado siguiendo la nueva enumeración según los cuadros de equivalencias del artículo 5 del Tratado de Lisboa. Será necesario introducir alguna otra adaptación técnica en las disposiciones relativas al procedimiento de reglamentación con control...*”. Pese a que no se alcanzase el acuerdo formal para la promulgación de la Directiva como norma, el lenguaje utilizado resulta significativo de la decisión con la que se ha apoyado la elaboración del texto desde el ámbito de la Unión Europea, con las consecuencias potenciales sobre los servicios públicos sanitarios a las que se alude a continuación.

Ministra³⁵⁷, su planteamiento deriva del fomento de la libertad de elección en el mercado de los servicios sanitarios la posibilidad bajo ciertas condiciones de que los ciudadanos de la Unión Europea puedan requerir asistencia no urgente en países diferentes al de origen, pidiendo el resarcimiento de los gastos correspondientes a los servicios de salud de este último.

La iniciativa, que pretende enmarcarse en la “coherencia con otras políticas comunitarias” orientadas de manera preferente al libre mercado en otras áreas, pasa por encima de las regulaciones propias de cada país, muy diversas en el campo de la atención sanitaria, para la organización de sus servicios sanitarios, haciendo primar sobre ello el objetivo, conforme, según se dice, al artículo 95 del vigente Tratado de la Unión, del “establecimiento y funcionamiento del mercado interior”. De llegar a aprobarse y ponerse en marcha esa Directiva conforme al diseño del que ahora dispone, la misma, según las palabras de la nueva Ministra de Sanidad española, pondría en peligro la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de muchos países, entre ellos también del español³⁵⁸.

b) El diseño de un modelo incongruente con la situación previa de la cobertura sanitaria, las preferencias de sectores clave y las demandas reales de la población, reformado de manera inmediata por razones ajenas a su propia situación.

b.1) El punto de partida: la consideración de la situación previa y su evolución.

Para exponer lo que podría considerarse la justificación “oficial” de la situación que dio lugar a la reforma sanitaria llevada a cabo por el Partido Socialista, que se plasmó, como ya he descrito, principalmente en la Ley General de Sanidad de 1986, recurro en este caso a un texto citado unas líneas más arriba de Javier Elola, militante activo del partido en aquella época, que ocupó después cargos de relevancia en el propio

³⁵⁷Pueden verse a este respecto Missé (2009), El País (editorial) (2009), Basteiro (2009). La aplicación de la Directiva en los términos previstos en el borrador no aprobado supondría para España unos costes sanitarios adicionales iniciales de unos 2.000 millones de euros anuales (Redacción Diario Médico, 2009), una cifra que también según el PP (Mármol, 2009 a), amenazaría la sostenibilidad económica del SNS. Ante esa amenaza la Ministra española ha barajado públicamente la posibilidad de proponer un nuevo texto de Directiva durante la Presidencia española “si la Comisión Europea retira la actual o decide hacer modificaciones” (Mármol, 2009 b) (el entrecomillado es del titular del periódico), para introducir mecanismos como que se necesite la autorización de un médico del país de origen para que un ciudadano sea atendido en otro país.

³⁵⁸ La importancia de las repercusiones de esta posible nueva regulación motivó que la Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI dedicase de manera casi monográfica su número de Octubre/Diciembre de 2009 a este tema. En el mismo, comenzando por una editorial (RAS, 2009) se pueden encontrar diferentes artículos que abordan distintos aspectos de la cuestión, entre ellos los de Mata (2009), Sevilla Pérez (2009), Palm (2009), Antequera (2009), Relaño (2009) y Martín (2009).

Ministerio de Sanidad en una época posterior (Elola, 1996 b). Se trata, por otra parte, de un texto en el que, como puede verse a continuación, para la descripción de la situación citada recurre a la cita general, que me parece ajustada a su original, de un texto de José M^a Maravall, al que ya he hecho también referencia en un apartado anterior (Maravall, 1981).

Conforme a la descripción que se realiza en dicho texto, enmarcado en un apartado del trabajo correspondiente titulado *“IV. La política de la creación del Sistema Nacional de Salud. IV.1 Asistencia sanitaria y aspiraciones colectivas de la transición española”* se indica que

“Maravall (1982) interpreta la transición política española como resultado de la combinación de dos tipos de fuerzas, dentro de una coyuntura de crisis política y económica de la dictadura: las presiones sociales (reformas impulsadas desde abajo), y reformas políticas impulsadas desde la élite.

La presión popular desde la base fue un elemento clave en el proceso de transición. Esta presión, que provenía mayoritariamente del movimiento obrero, fue un factor esencial para la crisis del franquismo, hizo imposible una política basada en una democracia “otorgada y limitada”, indujo una negociación con la “derecha civilizada” para empujar las reformas hasta lograr un régimen democrático, y suministró una iniciativa a la izquierda hasta las elecciones legislativas de 1977, reduciéndose posteriormente esta capacidad de iniciativa. Las presiones políticas y las mejoras sociales estaban unidas en las reivindicaciones sociales del movimiento obrero (Maravall, 1982 y 1993³⁵⁹)...

Las posiciones predominantes entre la clase trabajadora eran, de acuerdo con Maravall (1982), las siguientes:

-solamente una minoría defendía una sociedad socialista (entendida como un modelo terminado) como el mejor modelo de sociedad.

-la seguridad en el empleo, los salarios y la asistencia sanitaria, eran los principales temas de la lucha sindical.

-los trabajadores opinaban que su nivel de vida medio era similar al de la mayoría de la población.

Estas opiniones eran compartidas aún con mayor moderación por la población en general. La opinión que sostiene Maravall (1982) es que la sociedad española de la

³⁵⁹ Esta segunda referencia corresponde a Maravall (1992), p. 77-131.

transición política se caracterizaba por un importante reformismo en relación con políticas específicas. Las reformas se centraban principalmente sobre las políticas igualitarias del Estado de bienestar: asistencia sanitaria, educación, vivienda, empleo y pensiones. Las tres cuartas partes de la población española señalaba la necesidad de promover la equidad al máximo, y estos logros debían ser alcanzados a través de la acumulación de reformas. La población española identificaba a los gobiernos de izquierdas con una mayor capacidad de lograr una justa redistribución de la riqueza y una promoción de la participación política de los ciudadanos”.

Más adelante, en el mismo texto de Elola (IV.3. *Las alianzas para la reforma del sistema sanitario*) se vuelve a afirmar que “*la necesidad de reformar el sistema sanitario era ampliamente compartida por la opinión pública, los médicos, así como los responsables de la administración sanitaria. Las encuestas realizadas durante la transición democrática mostraban que el 70% de la opinión pública apoyaba una reforma del sistema sanitario (Pérez Díaz, 1982). Esta cifra subía hasta el 98% entre los médicos entrevistados (Martín López, 1979)*”.

Con arreglo al análisis citado de las posiciones existentes con respecto a la sanidad en la sociedad española se sugiere a continuación que desde la transición democrática hasta la publicación de la Ley General de Sanidad se habría producido un amplio debate y la contraposición de las posiciones de dos grupos “polares”. Uno de ellos, constituido por los partidos de la izquierda, los sindicatos, “los ciudadanos” (¿) y algunos sectores profesionales minoritarios, apoyaría la constitución de un “servicio nacional de salud”, con las características propias de éste a las que me referido más arriba. El segundo, con el apoyo de los colegios profesionales, la mayoría de los médicos y administradores sanitarios, más el de los partidos del centro –derecha y la derecha (UCD y el PP respectivamente), se inclinaría por el mantenimiento de un sistema de seguros sociales. Con arreglo a esta descripción, el grupo finalmente “triunfante”, al menos de manera nominal, con arreglo a lo dispuesto en la redacción de la LGS, habría sido el primero.

Hay, sin embargo, razones, para considerar que el punto de partida de ese análisis no se corresponde de la manera más precisa con la realidad de la situación, y que las conclusiones acerca de las razones que llevaron a la definición del Sistema Nacional de Salud como un “servicio nacional de salud” de gestión descentralizada (sin concretar, por otra parte, como he indicado, la forma precisa de la organización a

adoptar en relación con el proceso descentralizador) no fueron precisamente el resultado de la “hegemonía” de los criterios universalizadores.

Si se comienzan por analizar las bases sobre las que se sustenta la consideración de que una de las reivindicaciones primordiales de la presión popular y sindical en aquella época era, como se deduce de las citas previas, la de la universalización de la asistencia sanitaria y la reforma de su administración, podría estimarse que se trata de una valoración exagerada. Tanto las encuestas que se citan como base para justificar esas afirmaciones por Maravall como por Pérez Díaz en sus trabajos respectivos se refieren a datos muy generales y sin mayor especificidad:

-en el primero de los casos se indica que el porcentaje de población “obrero” que consideraba que *“el sindicato debe otorgar mucha importancia a la asistencia sanitaria”* era del 89% (un porcentaje igual al que consideraba que se debe otorgar mucha importancia a los salarios, y algo menor al del 92 % que estimaba que ese grado de importancia se le debía prestar a la seguridad en el empleo). Por otra parte, en el mismo análisis de las actitudes “obreras” se indica que un porcentaje significativamente inferior (el 62 %) de ese grupo de población mostraba su acuerdo con la afirmación de que *“todo lo que la sociedad produce debe ser distribuido entre sus miembros con el mayor grado de igualdad posible, sin que haya grandes diferencias”*, siendo ésa la afirmación que, pese a su falta de concreción, más cercana parece a la expresión de una posición acerca de cómo deberían constituirse los servicios sanitarios “reformados”.

-por su parte, en el trabajo de Pérez Díaz, citando diferentes encuestas de distintos organismos, se resaltan algunos datos como los siguientes: un 73% de la población española consideraba en mayo de 1982 que *“la Seguridad Social está desorganizada”*, y el 65% que *“despilfarraba sus recursos”*; el 23% que sus prestaciones sanitarias eran *“excelentes o correctas”*, un 46% *“regulares”* y otro 26% que *“francamente malas”*. En la misma fecha, a la pregunta de *“¿Qué sistema de asistencia sanitaria prefiere Vd.?”*, con sólo dos respuestas posibles, el 64% respondía que *“Elegir libremente el médico, pagarle de su bolsillo y ser reembolsado un mes más tarde por la seguridad social”*, mientras que un 29% manifestaba preferir *“un sistema en el que no adelante nada de sus bolsillo y sea atendido por el médico que está en el ambulatorio”*. Por otra parte, y basándose en encuestas diferentes, el trabajo recogía que el 40% de la población decía no saber *“si los diferentes partidos tienen diferentes programas sobre la Sanidad”*, un 17% creía *“que todos son parecidos”*, y un 16% que *“son diferentes pero no los conocen”*. (En el caso de los médicos, otra encuesta

utilizada en el trabajo indicaba que el 48% de éstos decía “*no conocer los programas*”, y un 19% adicional que “*ningún programa se aproximaba a sus ideas*”).

Unas y otras opiniones, y otras muchas que probablemente se podrían encontrar en valoraciones y encuestas de la misma época, podrían servir de apoyo para justificar una posición favorable de las clases trabajadoras, de las clases medias, o de la población en general a un “cambio” en los servicios sanitarios planteado en términos genéricos. No sirven, por el contrario, en mi opinión, para justificar que la alternativa concreta por la que se optó, la creación de un “servicio nacional de salud” con todas sus características específicas propias y los problemas añadidos que suponía su creación en un contexto de gestión descentralizada, lo fuera como consecuencia de una opción mayoritaria a su favor entre esos grupos sociales o en el conjunto de la sociedad. La ampliación de la cobertura sanitaria de la población, que entonces era sólo parcial aunque ya amplia (más del 60% de la población) y vinculada a la situación laboral, disponía de otras opciones posibles, caracterizadas de manera sólo muy general en las dos posiciones “polares” citadas antes, cuyos pormenores y consecuencias, por otra parte, eran por completo ajenos al conocimiento general, e incluso al de los grupos con mayor grado de concienciación e interés político³⁶⁰.

Por otra parte, esa indefinición general con respecto a ésta y otras cuestiones relativas a la organización de los servicios de bienestar que fueron objeto de reformas con la instauración del régimen democrático no era peculiar de los servicios sanitarios: el propio Maravall dedica un capítulo entero de su libro (el II. *Los fundamentos de la democracia*) a la descripción de las actitudes políticas durante la transición, que de manera general caracteriza indicando que “*la movilización era limitada y podía dar poco de sí en una sociedad apática, con una notable dosis de “cinismo político”, con una dinámica asociativa muy débil, y en un contexto de grave crisis económica*” (Maravall, 1981, p. 30).

³⁶⁰ A modo de contraste con las posiciones expresadas puede servir el grado de apoyo apasionado logrado por unas y otras opciones en el caso de la reforma sanitaria que pretende llevar a cabo el presidente Obama en los Estados Unidos, que está siendo debatida en estos días. El objeto de esos debates es precisamente la forma en la que lograr la cobertura sanitaria universal (para lo que falta por cubrir a casi 50 millones de personas, más de un 15% de la población total), y las ventajas que para ello ofrece la llamada “opción pública”. Los límites de esta opción no alcanzan siquiera la posibilidad de un asegurador público único, sino tan sólo la de crear una aseguradora pública para competir con las privadas que ofrecen cobertura a la mayoría de la población activa, lo que es rechazado de plano por estas últimas. Esta última posibilidad fue finalmente descartada por el Senado en diciembre de 2009. Sobre el curso de la reforma americana de 2009 se pueden ver Rey del Castillo (2009 b y c; 2010).

Si de las opiniones generales y poco específicas se pasan a analizar las prioridades hechas presentes por las organizaciones sindicales en los llamados Pactos de la Moncloa, a los que me he referido en un capítulo anterior, la prioridad real otorgada a la sanidad en las posiciones sindicales y de los partidos de la izquierda queda bien reflejada en el hecho de que la única cuestión relacionada con la sanidad recogida en los Pactos eran las dirigidas al control del gasto farmacéutico, a las que ya he hecho referencia. Se trataba de una cuestión en último término de carácter económico, sin relación directa con la organización del sistema sanitario, ni mucho menos con su forma concreta.

Ese mismo interés económico primordial por parte de las organizaciones sindicales como representantes de los intereses de los trabajadores es, en mi opinión, el que provocó que los mismos pactos incluyeran una propuesta de diferenciación de las prestaciones de la Seguridad Social en contributivas (es decir, vinculadas en su prestación al desempeño de un puesto de trabajo en régimen laboral) y no contributivas, entre ellas la sanidad, debiendo pasar a financiarse estas últimas mediante impuestos generales.

Esta diferenciación se plasmó en la disgregación en 1978 del antiguo Instituto Nacional de Previsión en tres Institutos (el INSS, de la Seguridad Social y gestor de las pensiones; el INSALUD, repetidamente citado en este trabajo como gestor de las prestaciones sanitarias “de la Seguridad Social”; y el INSERSO, para los servicios sociales).

En ese proceso, que de manera circunstancial la condición citada de la financiación sanitaria establecida en los Pactos de la Moncloa coincidiese con una de las bases constitutivas de un “servicio nacional de salud” no suponía tanto un apoyo declarado y expreso por parte de los sindicatos a esa forma constitutiva, como la preocupación primordial por preservar las pensiones sin detrimento de su viabilidad. Un interés coincidente, por otra parte, con el de los dirigentes de la Seguridad Social, que pasaron a mantener bajo su mandato con carácter preferente la gestión del Instituto, el INSS, que gestionaba esas prestaciones económicas y la propia Tesorería de la Seguridad Social. Cómo se gestionó a partir de ese momento la caja de ésta, manteniendo siempre la liquidez suficiente como para no poner en cuestión en cada momento el pago de las pensiones, aún a costa de retrasar para ello lo necesario los pagos sanitarios, lo que ya he comentado en los apartados descriptivos previos, es una buena huella de los planteamientos originales que dieron lugar a la disgregación

institucional de las prestaciones. Pero ésta, conforme a lo que se puede deducir de la impresión de esa huella, se hizo ante todo no como expresión de la definición por un modelo de organización sanitaria, sino principalmente por las razones de interés económico primordial señaladas, poniendo en cuestión, por el contrario, la garantía de la financiación de los servicios sanitarios que se debería establecer de manera independiente a partir de que se consolidase la nueva situación.

Hay razones también para considerar como poco ajustada a la realidad la valoración de que el proceso democratizador supusiera también por sí mismo un avance en la demanda de una mayor redistribución de la riqueza y de la puesta en marcha de instrumentos y servicios que avanzasen en esa dirección. El análisis general de Rosanvallon para los países europeos (Rosanvallon 1995. p. 51) destaca que *“la igualdad como valor ha funcionado intelectualmente sin problemas -lo que no equivale a decir que sin luchas sociales intensas- mientras se trataba de inscribirla dentro de una norma jurídica, civil (la igualdad de todos ante la Ley) o política (el sufragio universal). El objetivo era entonces claro y definido. Pero dejó de serlo cuando se empezó a intentar darle un contenido social y económico, lógicamente complementario. En primer lugar, porque el campo de trabajo que se abría era infinito, y no cesaba de ampliarse al ritmo y a la medida en que la dimensión social se extendía con la llegada de la sociedad del mercado. Pero también porque el valor igualdad ha funcionado de una manera muy diferente a como lo ha hecho en el dominio civil y político. Ha funcionado negativamente, y no como un impulso positivo. Las demandas de igualdad civil o política se han traducido en la demanda de una norma idéntica para todos. Las demandas de igualdad económica o social se presentan de otro modo: su expresión es la voluntad de reducir las desigualdades...sin fijación de un objetivo de total igualdad³⁶¹”*. No parece muy descaminado pensar que las referencias a las demandas de igualdad presentes en las clases trabajadoras y en la sociedad española en su conjunto al inicio y durante la Transición española puestas de manifiesto por Maravall en su trabajo citado se deban interpretar de manera muy diferente a la descripción anterior.

³⁶¹ La referencia a la reducción de las desigualdades en el terreno sanitario y los límites en los que se plantea la reducción de las desigualdades en este campo podría ocupar un tomo complementario de este trabajo (puede encontrarse una amplia referencia de la bibliografía más conocida en este terreno en Carr-Hill, 2008). En la literatura científica española la publicación más amplia es *Determinantes sociales en salud*. Rodríguez, 2008). La reducción de las desigualdades en salud figura de manera expresa en las estrategias de actuación de numerosos gobiernos. A título de ejemplo se cita el del Reino Unido, donde un “programa de actuación” diseñado en 2003 (Department of Health, 2003), ha sido objeto de revisión del cumplimiento de los objetivos establecidos en fecha todavía reciente (Department of Health, 2008).

En ausencia de una voluntad política y de un apoyo firme y decidido para el establecimiento de nuevas de la protección sanitaria con carácter igualitario y universal, para comprender lo que ocurrió en el caso español en relación con el proceso de transición a la democracia hay que recurrir en primer lugar a las experiencias comparadas de sistemas políticos que recorrieron un camino similar y que, disponiendo de algunas formas más o menos desarrolladas de protección social, incluida la sanitaria, introdujeron modificaciones en ésta en relación y como consecuencia del proceso democratizador.

Si como elemento de comparación inicial adoptamos el criterio de la situación de la protección sanitaria en concreto en el momento de la transición democrática, la española, se asemejaba sobre todo a la existente en el grupo de países latinoamericanos referido. En ellos he descrito que el desarrollo de los sistemas de protección se caracterizaba por un desarrollo desigual y en todo caso parcial, que incluía principalmente, a través de sistemas de Seguridad Social, a grupos limitados de la población trabajadora, de manera preferente la de aquellos sectores que resultaban esenciales para el modelo de desarrollo económico prevalente en esos países. Sectores que, como consecuencia, disponían de una situación de privilegio relativo en relación con el resto de la población, excluidos los grupos de mayor nivel de riqueza, que buscaban la atención principalmente fuera de su propio país.

Esa descripción, con el matiz de que en nuestro caso la cobertura sanitaria general incluía a un porcentaje más amplio de población, se ajusta de manera casi literal a la existente en nuestro país al inicio de la transición democrática. Aquí, como ya he descrito también, el desarrollo de la protección sanitaria del sistema de Seguridad Social que tuvo lugar durante la dictadura se caracterizó por su desarrollo paulatino, desigual y asimétrico para diferentes sectores de trabajadores, lo que le mereció la calificación como sistema “profesionalista”.

En lugar de construir un único régimen de protección general, para los trabajadores de diferentes sectores dotados de ciertas peculiaridades se fueron configurando “regímenes” de Seguridad Social diferentes, muchos de los cuales incluían sistemas de protección sanitaria específicos³⁶² (así, por ejemplo, el régimen especial de trabajadores del mar, para cuya gestión se organizó el Instituto Social de la

³⁶² Sobre el desarrollo y las características del sistema de Seguridad Social español se pueden ver el Manual de Seguridad Social de Aurelio Desdentado y Luis Enrique de la Villa (Villa, 1977), o el trabajo de Alvira (1982).

Marina, a cuyas características y dotación de una red sanitaria propia, principalmente de nivel ambulatorio, me he referido ya en los apartados anteriores de este trabajo; o el de la minería del carbón, bajo cuyo mandato se crearon diferentes hospitales de pequeño tamaño dependientes de las empresas en algunas cuencas mineras; cada uno de ellos tenía su propia peculiaridad).

Otras formas de exclusión del sistema de atención general lo constituyeron las llamadas “entidades colaboradoras en asistencia sanitaria”, a las que me he referido ya también anteriormente. Las posibilidades se ampliaban a otras muchas, a las que me he referido de manera expresa en el capítulo correspondiente anterior.

El rasgo común a la mayoría de ellas era disponer de acceso a la atención sanitaria privada, fuera ésta prestada con medios propios y específicos o, de manera más general, como era el caso de los sistemas de Seguridad social de los funcionarios civiles de distintas ramas, a través de la organización sanitaria de las compañías de seguro sanitario privadas existentes, desarrolladas de manera desigual a lo largo y ancho del territorio nacional (ver a este respecto la nota 33).

Otro rasgo general de la configuración de unos y otros sistemas de protección sanitaria específicos y al margen del sistema general es que, como se ha descrito muchas veces (Freire, 1993, 2007; Sevilla Pérez, 2006), esos sistemas diferenciados en sus distintas variantes incluían a la mayoría de los grupos de trabajadores de los sectores y empresas, muchas de ellas públicas, de mayor tamaño e importancia económica, incluidos los bancos. Lo mismo ocurría con los miembros de las profesiones tradicionalmente “liberales” (en el sentido del ejercicio profesional del término), como abogados y periodistas, así como con los funcionarios civiles y militares de todos los rangos, bajo sistemas extendidos también a sus familiares, los primeros de aquéllos granero de provisión habitual de los altos cargos de la Administración a través de sus cuerpos superiores.

Un resumen adecuado de la situación es que esas formas de protección sanitaria diferenciada agrupaban a cuantos sectores tenían capacidad de crear opinión o influir sobre ella, y a los que añadían a ello la posibilidad de adoptar decisiones, o de influir para su adopción, en el sentido diferenciador citado o, por el contrario, en el de la integración de todos los sistemas en un sistema único de protección.

Esta descripción no resulta en absoluto original. Sí lo es, por el contrario, si nos atenemos a la experiencia comparada descrita, la referencia a la evolución de esa situación que cabría esperar una vez puesta en marcha la transformación democrática.

Tal evolución previsible, con arreglo a esos cánones, pasaría, conforme a lo descrito en el apartado anterior, por la resistencia de cuantos grupos detentaran cualquiera de esas situaciones consideradas de una u otra manera, y por razones diversas, como privilegiadas con respecto al régimen general de protección, a someterse a la homogeneización de sus sistemas de protección sanitaria específicos si se pretendiera extender la protección sanitaria de manera universal e igualitaria a toda la población³⁶³.

La importancia del mantenimiento de esas actitudes, y sobre todo de esas situaciones, no es consecuencia principalmente del resultado de la dimensión de la población que cabría incluir en cada uno de esos grupos y en su conjunto, que como tal no alcanzó en ningún momento los tres millones de personas, es decir, menos del 8% del total de la población española. Sin embargo, su misma pervivencia suponía, y lo sigue haciendo, la evidencia más clara y permanente de la ruptura de los principios constitutivos y organizativos básicos de un “servicio nacional de salud”.

Las ventajas de éstos, en términos de equidad, pero también de eficiencia, derivan de la utilización universal de los mismos recursos mediante economías de escala, y de su distribución adecuada en términos de proporción con la población. Lo mismo que sus desventajas indudables derivan de que el mecanismo que adoptan de

³⁶³ Para considerar la importancia que, como fuerza de resistencia a cualquier cambio que suponga el establecimiento de un sistema de protección universal, tiene el mantenimiento de la atención privilegiada de la que dispongan determinados sectores de la población, pueden servir también de ejemplo reciente algunos de los movimientos que ese están produciendo en torno a la propuesta de reforma sanitaria promovida en los Estados Unidos por el presidente Obama, cuyo fin principal es extender la cobertura sanitaria a los más de 45 millones de personas que carecen allí de cualquier clase de protección (2/3 de los cuales son trabajadores en empresas de pequeño tamaño). Como he repetido en otras notas, en el curso de las propuestas de reforma que se van perfilando se ha ido desechando progresivamente la idea de constituir para ello una “aseguradora pública” que pudiera entrar en competencia con las privadas, que son las que mayoritariamente cubren a la población trabajadora mediante pólizas suscritas a esos efectos por las empresas. Pero incluso si se quiere recurrir a ese mismo sistema para cubrir a quienes carecen de seguro sanitario, por carecer de trabajo o estar éste vinculado a empresas que carecen de capacidad económica para acceder a ese mecanismo de contratación de la protección, es necesaria la búsqueda de mecanismos de financiación adicionales que puedan facilitar la suscripción de esas pólizas.

Entre las propuestas de reforma legal que se han ido avanzando, la presentada el 15 de septiembre por el senador Max Baucus, presidente de la Comisión de Finanzas del Senado, sugería con ese fin establecer una tasa o impuesto a pagar por las aseguradoras privadas por aquellas pólizas suscritas por las empresas con aquéllas que superasen los niveles habituales de protección ofrecidos en ese tipo de contratos y, en consecuencia, de precio más alto. Éstas (ver nota 314, p. 592), como todas las pólizas en general, están exentas de tributación por esa forma de “retribución en especie”, tanto por parte de las las empresas, como por los beneficiarios de las mismas. La propuesta ha generado la inmediata oposición de los beneficiarios de ese tipo de pólizas, de las empresas suscriptoras, y de las propias compañías aseguradoras, todos los cuales ven el peligro de que se cancelen esa clase de pólizas que benefician a unos pocos (las pólizas de ese tipo suponen alrededor del 10% del total de pólizas suscritas) con niveles de protección superiores a los del resto de la población. (Ver Abelson, 2009).

Pero el mismo tipo de rechazo recibió previamente de parte del sindicato AFL-CIO durante el mes de julio la propuesta de incluir en la tributación general de las empresas y los trabajadores las “retribuciones en especie” indicadas, que, como he indicado, están exentas de todo tipo de tributación.

A estas cuestiones se hace también referencia en Rey del Castillo (2009, c y d; 2010).

forma inevitable para distribuir los recursos (de acceso libre de cargas económicas en el momento del uso, pero siempre limitados en relación con una demanda que carece de límites como consecuencia al menos en parte derivada de la posibilidad de su inducción por la oferta) pasan por el establecimiento de criterios de prioridad en la atención según la necesidad, concepto este, por otra parte, susceptible de valoraciones diversas. Esos sistemas, por su parte, derivan en las listas y tiempos de espera que se han constituido en el objeto principal de atención y queja en contra de los sistemas sanitarios públicos.

Que la evolución descrita en el caso de los países latinoamericanos fue la que, con diferentes justificaciones y procedimientos, se produjo también en el caso español a partir de la Transición, resulta poco dudoso. Basta con remitirse a la descripción hecha en los apartados en los que se hace referencia a la evolución de los distintos sistemas de protección sanitaria que existían ya en el momento de la promulgación de la Ley General de Sanidad, que prevía su homogeneización e integración progresiva en un sistema igualitario y universal en unos plazos marcados, o incluso a la evolución de algunos sistemas específicos creados después de aquélla, para comprobar que veintitrés años después de esa norma todavía subsisten muchos de ellos (las entidades aseguradoras de los funcionarios, MUFACE, MUGEJU e ISFAS son un buen ejemplo de ello) o se acaban de cancelar. Esto último se ha seguido en algunos de esos casos (el de la entidad colaboradora de la Comunidad de Madrid es un buen ejemplo de ello) de la búsqueda de formas diferenciadas de atención sanitaria para esos grupos, para cuya constitución se invierte dinero público que se resta del dedicado al régimen general de atención.

Tal y como estaban configurados en España los sistemas de atención específica que he citado en general, los sectores sociales que tenían acceso privilegiado a ellos les permitían sortear los problemas de acceso a los recursos de menor coste con mejores condiciones “hoteleras” y de comodidad para su prestación, e incluso evitar el acceso a la atención más sofisticada (al “especialista”, en términos populares), a través de la “puerta de entrada” de la atención primaria, el nivel de atención de menor prestigio en España. Éste era, sin embargo, en otros “servicios nacionales de salud” una pieza esencial de la racionalización y eficiencia de esos sistemas.

Por otra parte, la configuración de esos sistemas específicos permitía habitualmente a la población acogida a ellos, si era finalmente necesario, recurrir en último término a los recursos más especializados y más costosos, concentrados, por

razones históricas a las que he aludido en la primera parte de este trabajo, en los centros creados para la prestación del régimen general de atención.

Y todo ello con la duplicación innecesaria y por tanto ineficiente del gasto, por la desviación de fondos también públicos a la atención de grupos restringidos de población mediante sistemas de atención inaccesibles para el resto, en contra de los principios económicos citados antes, que constituyen la base de los servicios nacionales de salud.

Que los sectores colocados en esa situación de privilegio indudable, y a la vez de capacidad de escape de las desventajas derivadas del modelo elegido, dispusieran además de la mayor capacidad de influencia, tanto desde el punto de vista de la creación de opinión como de la posibilidad de participar en la determinación de las condiciones organizativas del sistema previsto para atender a toda la población, constituyó en España una contradicción añadida de innegable repercusión.

Llegados a este punto cabe formularse dos cuestiones distintas: en primer lugar, cuáles fueron las razones y las influencias que determinaron que en la constitución del “nuevo” sistema sanitario se adoptase un modelo tan poco coherente con los intereses más o menos expresos de los grupos que podían influir de manera más destacada en su constitución; y, en segundo lugar, lo que tiene mayor importancia para lo que se analiza aquí, cuáles fueron los efectos de la plasmación formal en la LGS de un modelo que nacía lastrado por los intereses citados desde su propia creación.

Para la primera de esas cuestiones ya he apuntado mi respuesta en la primera parte de este trabajo: el único grupo social que de manera más o menos concreta sostenía la creación de un “servicio nacional de salud”, similar en sus condiciones generales universalistas y de financiación y provisión públicas a las del NHS británico, era, por razones derivadas principalmente de su concepción de lo que podría y debería ser un ejercicio profesional adecuado, el de los médicos que se habían agrupado en torno al desarrollo del programa de formación de especialistas conocido como sistema MIR. Ese grupo había desarrollado diferentes luchas profesionales en defensa de dicho sistema, a las que se asociaron reivindicaciones políticas democráticas generales que confluyeron en ese ámbito general con las de otros sectores profesionales. Ese mismo grupo constituyó, como ya he descrito también, el vivero principal de los cargos centrales y provinciales de la nueva administración sanitaria una vez accedió el PSOE al poder, con los efectos ambivalentes (el movimiento médico “progresista” quedó privado

de sus representantes más activos, a la vez que se enfrentaba a éstos con el siempre desgastante efecto del ejercicio del poder) que igualmente he descrito.

La escasa prioridad política otorgada a las “reformas sanitarias”, sustituidas inicialmente por una férrea política de contención del gasto sanitario, que he puesto de relieve en la primera parte del trabajo, requería de alguna concesión para mantener la cohesión y la fidelidad de ese grupo y de los sectores a los que representaba. Ésta se encontró en el diseño formal (tardío) de unas reformas carentes de cualquier posibilidad de aplicación real, e incluso de debate en el seno del propio Partido Socialista, el cual, pese a todo, era considerado por éste y otros grupos interesados en ciertas reformas sectoriales como el único con capacidad para llevarlas a cabo.

Esta interpretación no dista mucho de la realizada en otros trabajos recientes³⁶⁴, en los que, a la vez, se destacan las resistencias que se dieron para alcanzar la solución teóricamente universalizadora, que por otra parte carecía de una demanda social expresa, a través de la creación formal (pero sin definición precisa de su configuración y extensión) del “Sistema Nacional de Salud”³⁶⁵.

En la parte descriptiva de este trabajo he hecho algunas matizaciones acerca de la fuerza real de la resistencia ofrecida por algunos de los sectores a los que en las referencias anteriores se atribuye la oposición a la creación de un sistema sometido a los principios de cobertura y organizativos propios de un servicio nacional de salud. Estas matizaciones las he referido en particular a los colegios de médicos, que carecían a mi juicio de la fuerza real que hubiera sido necesario oponer a la creación del servicio

³⁶⁴ Incluyo aquí la cita del análisis llevado a cabo por Moreno Fuentes (2009), p.126-127:

“La LGS fue redactada en el Ministerio de Sanidad, desde donde diversos borradores fueron enviados a comisión parlamentaria para su discusión, sin que he dicho proceso fueran consultados los colectivos profesionales u otros agentes sociales del ámbito de la sanidad (Guillén y Cabiedes, 1997). La mayoría de los altos cargos del Ministerio de Sanidad de la época, buen número de ellos médicos de formación, compartían un sustrato ideológico progresista surgido de la lucha contra la dictadura en la universidad y durante sus primeros años de práctica médica. Pese a no ser un grupo monolítico, (dividido por matices ideológicos que a menudo tenían que ver con sus propios orígenes sociológicos, orientaciones políticas y experiencias profesionales), el consenso interno acerca de la necesidad de transformar el sistema de la Seguridad Social en un sistema universalista era claro... dicha expansión de la cobertura del SNS se materializó finalmente por la determinación de dicho grupo de decisores políticos apoyados por el Ministro de Sanidad y con el beneplácito final del Presidente del Gobierno”.

³⁶⁵ En el mismo texto y lugar incluídos en la cita anterior se indican a este respecto:

“... la falta de movilización social demandando la universalización, la relativa pasividad de determinados sectores sociales (particularmente los sindicatos y el Partido Comunista de España), las resistencias encontradas en sectores del propio gobierno (en particular del Ministerio de Economía Hacienda preocupado por el coste financiero de esta medida en un contexto de crisis económica), así como en el seno del ala más liberal del PSOE (partidario de medidas favorecedoras del mercado), la oposición de los partidos nacionalistas (preocupados por asegurar la naturaleza profundamente descentralizada del sistema) y el firme rechazo del principal partido conservador, así como de grandes sectores de la profesión médica (que ejercieron una gran presión para garantizar la independencia del sector sanitario privado...”.

(Sistema) si se hubiera dado una decisión real por parte del Partido Socialista, con los apoyos sociales necesarios para ello, para impedir esa decisión. Ya he dicho antes a ese respecto que la referencia a ese grupo en concreto, lo que se podría extender a las posiciones de algunos de los otros grupos mencionados en las referencias anteriores³⁶⁶, podría considerarse mas bien como una excusa para justificar la adopción de decisiones adoptadas en el fondo por otras razones.

De entre éstas, la que me parece de mayor relieve es la posición de importantes sectores del Partido Socialista, coincidente con los ámbitos de Hacienda de la Administración, en contra de las posiciones universalizadoras. Se trata en este caso de una de las situaciones, la de disensiones en el seno del propio partido, que, como ya he descrito con respecto al desarrollo de los sistemas sanitarios de otros países, más contribuyen a que no se pueda llevar a cabo en su plenitud cualquier propuesta universalizadora.

Frente a esas diferencias partidarias internas por parte de sectores de peso político y administrativo relevante (más aún en una época en la que se vivió de manera simultánea una importante crisis económica), el de los sectores profesionales médicos incorporados a la administración sanitaria carecía de valor en otros ámbitos del propio Partido y la Administración.

En esa situación, se puede valorar la verdadera dimensión de la adopción del modelo universalizador propio de un servicio nacional de salud en la LGS, realizada, por otra parte, como se indica en una de las referencias anteriores de manera que me parece muy descriptiva, *“con el apoyo (y no por la decisión) del Ministro de Sanidad, y con el beneplácito final del Presidente del Gobierno”*. Apoyo y beneplácito que, por sus consecuencias ulteriores, no supusieron compromiso real alguno con una voluntad política real para su efectiva aplicación.

³⁶⁶ Así, por ejemplo, citar como importante una supuesta actitud de pasividad con respecto a la demanda de universalización de la asistencia sanitaria por parte del Partido Comunista supone desconocer la situación en la que se encontraba este partido en los años en los años previos a la aprobación de la LGS. Las elecciones de 1982 supusieron la laminación electoral del PCE, y el trasvase de buena parte de los votos que le habían apoyado hasta entonces (coincidiendo con la ruptura interna del partido que conllevó la expulsión de los llamados “renovadores”, una parte de los cuales se pasaron como corriente organizada al PSOE) al propio Partido Socialista, visto como el único partido de la izquierda con posibilidades reales de gobierno y como actor necesario de cualquier proceso reformador. Por otra parte, con los resultados obtenidos por el PSOE en esas primeras elecciones que ganó hacían por completo innecesario también desde el punto de vista parlamentario que se tuvieran en cuenta las posiciones comunistas al respecto, más aún teniendo en cuenta la pérdida de influencia del PCE en aquella época sobre el movimiento sindical, coincidente con su propia crisis interna.

Sí parece, por el contrario, más acertada la referencia a la pasividad de los sindicatos respecto a las demandas universalizadoras, como he destacado en párrafos anteriores de este mismo apartado.

Esa respuesta a la primera de las preguntas anteriores da pie para la que dar a la segunda de ellas, la relativa a los efectos de las inconsecuencias descritas en la adopción del modelo y los principios del Sistema Nacional de Salud. Cuestión que me parece la más relevante para justificar la influencia que las mismas pudieran haber tenido en las políticas desarrolladas después, que han sido el motivo de análisis en la primera parte de este trabajo.

Las primeras decisiones subsiguientes a la LGS que se fueron no adoptando (lo primero que se pudo observar fue el incumplimiento de los plazos establecidos en la Ley para el acercamiento de los distintos sistemas de atención a uno más homogéneo y con tendencia a único, conforme a los principios propios del SNS enunciados) constituyeron por sí mismas la mejor expresión de que los términos de la Ley no estaban allí para cumplirse. Que, por tanto, el modelo definido en la Ley no pasaba de ser una invocación de buenos deseos, antes que una agenda definida de la política a seguir, y de las decisiones que había que aplicar. Y sin que, por otra parte, y como ya he señalado, la aplicación de la Ley que se llevó a cabo supusiera cambio alguno, menos aún el plazo más inmediato, en la relación de los ciudadanos que disponían de una u otra cobertura sanitaria, o incluso de los que carecían de ella, con el “Sistema” supuestamente recién creado, que sigue siendo percibido aún ahora en muchos casos como una mera continuidad de los sistemas que ya existían antes de la Transición

A partir de ese momento, las políticas desarrolladas en cada caso carecieron de la referencia que suponían las disposiciones legales, por otra parte imprecisas en muchos de sus términos (la indefinición en la Ley siquiera del horizonte de constitución de lo que debería ser un servicio nacional de salud de gestión descentralizada no era una de las menores imprecisiones). El aval de la conformidad de las decisiones adoptadas con los principios enunciados en la Ley pasó así a hacerse arbitrario, quedando a la valoración discrecional de los gestores puestos por el Partido en cada una de sus áreas y territorios, es decir, en último término al ejercicio arbitrario del poder. Un poder, por otra parte, ejercido durante un largo período, al menos durante las dos primeras legislaturas socialistas, sin el contrapeso propio, y necesario en cualquier sistema democrático, de una oposición consistente.

Se trata de una situación que en otros ámbitos del ejercicio de la actividad pública dio lugar a los casos de corrupción cuya descripción se puede encontrar en los libros de historia. Y que, si en el ámbito sanitario no dio lugar a episodios relevantes de esa naturaleza, sí supuso que en muchos casos no se pusieran en cuestión muchas de las

situaciones y las relaciones de poder que se daban en la organización sanitaria precedente³⁶⁷, con el objetivo prioritario de que la gestión sanitaria no derivase en conflictos llamativos, que, cuando surgieron, se resolvieron mediante decisiones de corto plazo, con poca coherencia con el desarrollo a largo plazo que se debería haber producido para consolidar el SNS³⁶⁸.

Por otra parte, el hecho de que no existiera una demanda social significativa para la consecución del modelo teóricamente establecido, junto con el efecto manifiesto de la “disolución” en el ejercicio del poder del único grupo, formado por los médicos a los que he hecho repetida referencia, que podrían haber sido más próximos en sus orígenes al modelo del servicio nacional de salud y su demanda, fueron factores facilitadores de la deriva indicada.

La ausencia de un compromiso claro y decidido con el modelo definido en la Ley, que por las razones citadas se podría considerar también un modelo “incongruente” - con la realidad de la situación de la cobertura sanitaria, que incluía además de amplios grupos de población en el régimen general, a otros grupos significados menos amplios, pero dotados de mayor capacidad de influencia, a través de regímenes diferenciados, - con las preferencias de sectores clave, - y con las demandas reales de la población, se convirtió así en una segunda hipoteca añadida a la que he descrito en el apartado previo para el desarrollo de las políticas llevadas a cabo en el SNS.

b.2) Las reformas “de la gestión” posteriores, un ejemplo de importación extemporánea, inadecuada, y no adaptada a la realidad del SNS, de las reformas planteadas en otros países.

En los apartados descriptivos de este trabajo he hecho ya referencia al hecho un tanto insólito de que poco más de tres años después de que se aprobase la LGS al final de la primera legislatura socialista, con la opción hecha en la misma por la configuración del sistema sanitario como un servicio nacional de salud de gestión descentralizada, aún sin definir netamente los perfiles finales del mismo, se pusiera en la práctica en cuestión la opción realizada.

Esa opción por la constitución del SNS con las características de un servicio nacional de salud en la LGS suponía, y así quedaba reflejado en la Ley, optar por un

³⁶⁷ Un buen ejemplo de ello puede ser la aplicación de la ley de incompatibilidades en el ámbito sanitario, que viví personalmente y he descrito en la primera parte de este texto y en otros específicos escritos sobre el tema.

³⁶⁸ En este sentido se puede ver la descripción realizada en la primera parte de este trabajo de las políticas de personal en las dos primeras legislaturas, que marcaron de manera decisiva los desarrollos posteriores en este terreno.

sistema no sólo de aseguramiento universal, sino también de financiación y provisión públicas a través de medios propios (sin perjuicio de la utilización complementaria de medios privados en régimen de concierto en caso de insuficiencia de los medios públicos) de una forma que no podía significar en todo caso que la base pública del sistema pudiera pasar a ser sustituida como fundamento del mismo por las entidades privadas de diferente naturaleza que se llegasen a concertar con el SNS³⁶⁹.

A finales de los años 80 y en 1990, es decir, unos tres años después de la promulgación de la Ley, esos fundamentos legales básicos del sistema se pusieron en cuestión por dos vías coincidentes al menos en el tiempo, que ya he descrito: la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, promulgada en el segundo de los dos años citados, y el informe Abril, al que se sigue aludiendo todavía como el primer cuestionamiento de las bases públicas del sistema.

Para el desarrollo legal llevado a cabo en Cataluña se podría considerar la existencia de una cierta base “objetiva” en la peculiar situación de propiedad de los centros públicos, en especial los de carácter hospitalario, en relación con la que se daba en las restantes CCAA españolas: allí el porcentaje de camas hospitalarias propiedad de la Seguridad Social, que conformaban la base para la constitución del SNS, representaban tan sólo alrededor del 40% de las camas hospitalarias en aquel territorio; una situación minoritaria que no se daba en ningún otro lugar del mapa español, en alguna de cuyas CCAA esa proporción llegaba a alcanzar cifras cercanas al 90%. Además, en Cataluña coincidía también la circunstancia de ser la primera CA que había recibido, nada menos que nueve años antes, el traspaso de la gestión del INSALUD, que aún se demoró trece años más a otras diez CCAA³⁷⁰; lo que suponía en todo caso una

³⁶⁹ Ver en este sentido Menéndez Rexach (2008).

³⁷⁰ En el texto de Moreno Fuentes que vengo citando en este capítulo (Moreno Fuentes, 2009) se indica (p. 127) acerca del origen de las propuestas de Nueva Gestión Pública (NGP) realizadas y puesta en marcha en aquel territorio que “*dicha opción de política sanitaria ha sido explicada por la aparición de una coalición estable de intereses entre los principales actores implicados en la gestión y la prestación de servicios sanitarios durante las décadas de los ochenta y noventa (Gallego, 2001) Esta coalición estaría constituida por una élite política estable en control del gobierno regional (la coalición de centro-derecha nacionalista Convergencia i Unió), los gestores de los centros sanitarios privados sin ánimo de lucro que actúan como proveedores del SCS, representados en la Unió Catalana d’Hospitals (UCH), y las autoridades locales responsables de la densa red de hospitales de pequeño y mediano tamaño representada por el Consorci Hospitalari de Catalunya (CHC). Estas instituciones habrían estado en estrecha interrelación, y sus responsables habrían constituido una densa red de decisores políticos que habrían intercambiado funciones como expertos en la regulación y la elaboración de instrumentos de gestión sanitaria, así como en la racionalización y la consolidación de la red hospitalaria catalana. La naturaleza relativamente consensual de estas políticas, así como el carácter sin ánimo de lucro de buena parte de los proveedores (tradicionalmente responsables de la atención sanitaria en los ámbitos territoriales en los que estaban implantados), habría supuesto la amplia aceptación social de un modelo de separación entre financiación y provisión de las prestaciones sanitarias en el ámbito del SCS*”.

base formal razonable para ejercer sus facultades de autoorganización en el ámbito de las competencias traspasadas.

El segundo de esos documentos carecía de soporte real, y disponía de éste solamente en el terreno ideológico: de hecho, como ya he señalado, sus conclusiones representaban un remedo poco original, y mucho menos específico para la situación española, de las propuestas de reforma de los servicios sanitarios que se estaban formulando, con orientaciones distintas tanto en su origen como en su desarrollo, en los servicios sanitarios de otros países, principalmente europeos, que disponían de servicios nacionales de salud desde cuarenta años antes, singularmente en Suecia y el Reino Unido.

Los dos documentos citados coincidían también en la orientación de sus análisis y en sus propuestas, señalando como problema principal del sistema sanitario español en general, y en particular del catalán, la gestión del mismo; y como solución para uno y otro el cambio del modelo de gestión de ambos, comenzando a introducir la idea de la utilización en la gestión pública de modalidades y formas de gestión que se utilizaban en la gestión de los mercados sanitarios privados, sin llegar todavía a plantear de manera neta la privatización de la gestión, y sólo remedos de mercados sanitarios “internos” al sistema público, con la separación entre las funciones de la financiación y la provisión de los servicios, como forma de mejorar su eficiencia.

Unas y otras propuestas se siguieron en los años posteriores de la formulación de propuestas más o menos semejantes en la línea indicada, algunas de ellas formuladas de manera particular por militantes sanitarios destacados del Partido Socialista³⁷¹; en otros casos por militantes socialistas catalanes³⁷² que participaban, sin embargo en la gestión del sistema sanitario catalán gobernado en aquella época por CiU, sin que sus propuestas pudieran diferenciarse claramente en lo sustancial de las del partido

Sin disentir frontalmente de la descripción realizada en ese texto, considero que la evolución descrita no hubiera sido posible sin la base “objetiva” a la que me he referido, que es la que permitió y potenció la aparición de esos distintos grupos de interés, por otra parte de difusión interpartidaria: no hay que olvidar que uno de los responsables locales de atención sanitaria más importantes, si juzgamos por los centros hospitalarios que eran de su propiedad, era el Ayuntamiento de Barcelona, gobernado por el PSC sin interrupción, cuyos centros funcionaban en régimen de concierto con el SCS.

Por otra parte, que la importante para la aparición de las formas alternativas de la gestión de los centros públicos (los privados, aún sin ánimo de lucro, no precisaban de la formulación de ninguna alternativa a las formas de gestión que ya ejercían) se demuestra por el ámbito en el que se formularon esas alternativas, limitadas a los centros propiedad de las entidades locales, y no extendidas a los centros de la antigua Seguridad Social, como se describe a continuación.

³⁷¹ Elola (1991, 1994, 1996).

³⁷² Ver, por ejemplo, “*EL Estado de Bienestar y las reformas del sistema sanitario español*”. Cuervo J. (1996).

nacionalista citado, promotor de la norma anterior; y en otros casos, por último, desde el propio Ministerio de Sanidad socialista³⁷³. En coincidencia con el desarrollo temporal progresivo de propuestas como las mencionadas se puede detectar también el creciente aumento de la actividad de las consultoras privadas especializadas o no en el terreno sanitario, que contribuyeron de manera importante a la difusión de la “doctrina” gestora en este terreno, en paralelo a lo que ocurría en otros ámbitos de la Administración³⁷⁴. A todo ello he hecho referencia en la descripción realizada sobre las políticas desarrolladas en el período que va desde los primeros informe y norma citados hasta el acceso al gobierno del PP en 1996.

Hay, en todo caso, que considerar que en las propuestas formuladas desde el Gobierno catalán para su ámbito cabía reconocer un cierto grado de especificidad en su formulación, relacionada con la peculiar situación de propiedad de los centros sanitarios en aquel territorio a la que me he referido antes: la fórmula de gestión que se patrocinó de manera más general en aquella CA fue la del consorcio, con participación en los órganos de gobierno de los centros constituidos como tales de las administraciones locales (Ayuntamientos y Diputaciones) propietarias de buena parte de esos centros, además de la propia Administración catalana.

Los centros constituidos de esa manera terminaron por agruparse en el llamado Consorcio Hospitalario de Cataluña, que conformó en aquel territorio una red de atención sanitaria paralela a la de los centros propiedad de la antigua Seguridad Social, gestionada ésta por el Instituto Catalán de la Salud, heredero del antiguo INSALUD, y a la de los centros privados, mayoritariamente sin ánimo de lucro, que se agruparon, en la Unión Catalana de Hospitales.

Por el contrario, en la gestión de los centros dependientes del antiguo INSALUD en Cataluña no se introdujo ninguna modificación relevante. Sólo de manera experimental y muy limitada se constituyeron “nuevas fórmulas de gestión” en la atención primaria, mediante la creación de sistemas de concertación de la atención con equipos de médicos “independientes” (aunque “extraídos” del propio sistema), conocidos como EBAs (Entidades de Base Asociativa) a los que, con el soporte administrativo de algunos de los Colegios Médicos, se les cedió la gestión de

³⁷³ Valen como ejemplos de esto las declaraciones del CISNS a las que he hecho referencia en el apartado II.6.c.3) anterior..

³⁷⁴ Ver, por ejemplo, “*Los nuevos instrumentos de la gestión pública*”. López Casanovas (2003)

determinadas zonas de salud, para la valoración posterior de los resultados obtenidos con su actuación, que en todo caso no se ha extendido hasta ahora.

Por su parte, y en sentido contrario a lo ocurrido en Cataluña, en el ámbito general del Sistema la formulación de las alternativas a su gestión no llegó a precisarse en ninguna fórmula concreta de aplicación general. Las propuestas que se formularon se iniciaron principalmente como aplicación de los métodos de la contabilidad analítica a los centros de la red del INSALUD. Lo que, a través de la mejora innegable de la información de la actividad de éstos, permitió establecer comparaciones de eficiencia entre ellos sin que, sin embargo, de las comparaciones mencionadas se derivara, como he descrito, ninguna alternativa real en la línea de ciertos grados de autonomía en la gestión, ni de la aplicación real de sistemas de incentivos por el cumplimiento de objetivos de actividad previamente pactados.

En paralelo a ese desarrollo, no se establecieron ningunos límites precisos en la formulación de los cambios a introducir en la gestión de los centros del INSALUD, y mucho menos de los centros de éste cuya gestión hubieran sido traspasadas a diferentes CCAA en las transferencias correspondientes. Lo que dio pie a la diversificación de las fórmulas que se fueron poniendo en marcha por algunas de aquéllas, con las características del “marchamo de origen” que imprimió cada una a la que de manera original adoptó. Una diversificación y carencia de límites que alcanzó su mejor expresión con la hoy denostada Ley 15/1997, y cuyo apoyo a la misma por parte del Partido Socialista, al que he hecho referencia en los apartados previos, no puede observarse sino como una consecuencia razonable de toda una trayectoria anterior

Por otra parte se dio también la paradoja de que, en el ámbito general del Sistema, el terreno de la gestión que se puso en cuestión fue el de los centros propios del INSALUD, que constituían la base del Sistema Nacional de Salud recién definido como tal. Por el contrario, en contra de toda razón, se asumió sin más pruebas ni necesidad de demostración que los sistemas de atención que subsistían al margen de aquél, y que debían teóricamente integrarse en el mismo, no precisaban de ninguna valoración de su eficiencia ni de modificaciones en su gestión³⁷⁵. Se asumió, en suma,

³⁷⁵ Lo inadecuado de esa asunción se puede percibir, por ejemplo, si se compara la misma con las observaciones formuladas por el Tribunal de Cuentas en diferentes informes realizados por el mismo sobre la gestión de distintos aspectos de la prestación sanitaria llevada a cabo por las distintas Mutualidades Públicas de funcionarios, MUGEJU (Informe nº 673, de fiscalización espacial sobre el proceso de afiliación del personal adscrito a la Mutualidad General Judicial, y su repercusión en el pago de prestaciones otorgadas por esa entidad), ISFAS (Informe nº 679, de fiscalización del Instituto Social de las Fuerzas Armadas, Ejercicio 2002-2003) y MUFACE (Informe nº 688, relativo a la Mutualidad de

en ocasiones de manera más o menos explícita, que el modelo a seguir, a la inversa de lo definido en la Ley, era el vigente en esos otros sistemas, y que eran los centros propios del Sistema Nacional de Salud los que debían seguir esa orientación. Algo, por otra parte, irrealizable sin modificar la naturaleza del propio Sistema, una cuestión que sólo se esbozó de manera puntual y pasajera y sin llegar a formular propuestas concretas durante el breve mandato ministerial de Julián García Valverde.

La razón de esa evolución hay que buscarla ante todo en que, como he descrito en los apartados previos, la opción por la constitución de un servicio nacional de salud, que era anacrónica en el ambiente teórico de la época, no contó tampoco con el apoyo de sectores importantes del partido Socialista, que, como he señalado previamente, mantuvieron sus posiciones favorables a otras opciones aún después de aprobarse la Ley, sin que la aprobación de ésta y del modelo definido en ella supusiera para esos sectores ningún compromiso de aceptación. Que el mismo ministro de Sanidad que debía guiar la aplicación de una Ley que se había aprobado al final de la legislatura anterior fuese de manera más o menos activa el promotor de un informe que en la práctica suponía la puesta en cuestión del modelo definido en la propia Ley da idea del grado de penetración de esas ideas contrarias al modelo. Que esas actuaciones no se pusieran a su vez en cuestión ni desde el Gobierno ni desde el Partido da idea a su vez del escaso arraigo de esa definición.

Por su parte, el mantenimiento de sus opciones teóricas y de carácter principalmente ideológico, sin la expresión de alternativas concretas al modelo definido, hipotecó a su vez la posibilidad de formular propuestas orientadas a mejorar la eficiencia del Sistema por la vía de la modificación real de su funcionamiento. Propuestas que, para ello, como he señalado antes, deberían haber supuesto en todo caso cambios en la configuración del Sistema definida en la Ley, al menos de la naturaleza jurídica de los órganos encargados de su gestión, de manera que pudieran adoptar formas más flexibles y adaptadas a las peculiaridades de un sector tan peculiar en el ámbito de la Administración, y responsable de manera creciente de una parte tan importante del gasto público, como lo es el sanitario.

Que desde el propio ámbito sanitario se formularan propuestas dotadas de poca precisión que, sin embargo, ponían de hecho en cuestión el modelo de servicio nacional

Funcionarios de las Administraciones Civil del Estado, sobre las mismas materias que el de MUGEJU). Informes que no han merecido consideración alguna de parte de las autoridades sanitarias, que se mantienen por completo al margen de su gestión.

de salud que en la práctica sólo había contado con el apoyo real de algunos sectores sanitarios del Partido Socialista contribuyó, por su parte, a poner en cuestión ante el conjunto del partido y el Gobierno la firmeza y coherencia de los planteamientos hechos antes y después desde este mismo sector, determinando una visión del mismo en esos mismos ámbitos partidarios y del Gobierno como un campo poco fiable de actuación.

Contribuyó también a que la respuesta a las iniciativas más concretas que se empezaron a plantear un tiempo después desde la oposición y luego desde el Gobierno del Partido Popular (pueden servir de ejemplos iniciales la constitución de las Fundaciones en Galicia, y un tiempo después la PFI peculiar de Alzira) no tuvieran una respuesta clara desde el partido Socialista, ni desde los ámbitos más estrictamente sanitarios, ni mucho menos desde los órganos generales de gobierno del Partido Socialista, ni desde las representaciones en los distintos parlamentos nacional y autonómicos. En todos esos casos, y salvo situaciones, actuaciones o declaraciones puntuales, unos y otros han mantenido con respecto a esas cuestiones posiciones que, sea cual sea su propia valoración desde el interior del partido, se han caracterizado hacia el exterior por su ambigüedad.

Lo que pretendo sugerir con todo ello como justificación añadida al desarrollo de las políticas que se llevaron a cabo por el Partido Socialista a partir de sus primeros años de gobierno es:

- 1) Que las propuestas y análisis mencionados, en especial los realizados en el ámbito general del Sistema, no se correspondían con las necesidades y problemas reales del propio SNS, definido sólo pocos años antes con las características de un servicio nacional de salud.

- 2) Que se trataba, en ese sentido, de análisis y propuestas extemporáneas y poco adecuadas a la realidad del Sistema, cuyo origen hay que buscar sobre todo en una traslación mimética “a la moda”, acrítica y poco adaptada a la realidad de aquél, de las propuestas de reforma formuladas en otros países.

- 3) Y que, por el contrario, la preferencia expresada por la consideración de las propuestas de mejora de la gestión mencionadas contribuyeron, de una parte, a desorientar al SNS de sus problemas reales de organización y constitución, que estaban centrados de manera principal en el desarrollo de su descentralización; y de otra, en relación con ésta y potenciado por ella, a la generación de grados de diversificación de la gestión que dificultan de manera importante en la actualidad el funcionamiento integrado y coordinado, con las ventajas que se derivarían de ello, del SNS.

En cuanto a la primera de esas consideraciones, bastaría, a mi juicio, con valorar que las propuestas encaminadas a mejorar la eficiencia de la gestión de los sistemas sanitarios públicos a las que afectaban, de estar siquiera justificadas para éstos, lo que he puesto en cuestión en otros trabajos previos³⁷⁶, correspondían a sistemas con más de cuarenta años de evolución desde su constitución, sin haber introducido en ese plazo reformas sustanciales en sus características principales ni en su organización³⁷⁷. Con sólo ese dato estimo que se puede poner en cuestión que la misma clase de reformas fueran las indicadas para un sistema como el español, al que, no sólo por el corto período de tiempo transcurrido desde su constitución, sino también porque durante ese plazo no se le dieron oportunidades reales de aplicación siquiera de las medidas adaptativas que permitieran su organización con arreglo al modelo escogido, no se le podía homologar en cuanto a las condiciones para su mejora con los servicios de otros países de incomparable tradición en cuanto a su organización y funcionamiento.

Que el resultado de la prioridad otorgada a esas medidas de reforma imprecisas y en todo caso extemporáneas y no adaptadas a la realidad del Sistema contribuyó a desorientar las actuaciones prioritarias en este campo, y en concreto la organización del funcionamiento descentralizado del propio Sistema, que es el cambio más importante que se ha producido en el curso de estos años, no considero que precise tampoco de muy amplia demostración.

Bastaría para ello, a mi juicio, con recurrir a las innumerables ocasiones en las que, de manera creciente en los últimos tiempos, se ha demandado desde las CCAA, con independencia de su color político, y con las únicas excepciones de Cataluña y el País Vasco, una mejor definición del papel de coordinación a desempeñar no tanto por el Ministerio de Sanidad, que parece amortizado en su valor para muchas de ellas, como

³⁷⁶ En Rey del Castillo, (2000) puse de manifiesto los argumentos que permiten poner en cuestión que el desarrollo de las reformas que se llevaron a cabo, en especial en el Reino Unido, estuvieran motivadas en realidad por el objetivo de mejorar la eficiencia del NHS, que en términos de comparación de su eficiencia macroeconómica global, y no en su consideración microeconómica centro a centro, ofrecía, por la misma forma de su constitución con las características prototípicas de un servicio nacional de salud, ventajas innegables respecto a otros sistemas sanitarios. Que por otra parte no haya habido ningún interés real en evaluar los resultados en términos de mejora de la eficiencia de las reformas introducidas en momentos iniciales de su introducción antes de promover su generalización es un argumento añadido desde el ámbito del propio sistema británico para poner en cuestión que la mejora de su eficiencia haya sido la fuerza motriz para promover las reformas que se han ido aplicando.

³⁷⁷ Los cambios organizacionales que fueron teniendo lugar a lo largo del tiempo en el NHS británico se pueden ver en Webster (2002) y en Harrison (1988). Pese a que supusieron en algunos casos cambios importantes, hasta los años 80 éstos no afectaron en todo caso a la naturaleza pública del sistema ni de sus órganos de gestión.

en especial por el órgano que supuestamente, en su papel de integración, constituye el vértice del sistema, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS).

Demandas que en no pocas ocasiones se han puesto de manifiesto en relación con diferentes crisis sanitarias de distinto carácter, la más reciente la motivada por la gripe porcina, y en las que se reclama una capacidad decisoria y de imposición de medidas por parte del Consejo que, sin embargo, carecen, en mi opinión, de base legal con arreglo a la naturaleza y constitución del propio Consejo. Una situación cuyo debate se ha obviado sistemáticamente, pero que repercute de manera inmediata en cuantas situaciones, no sólo las crisis sanitarias, sino también en otras que constituyen problemas permanentes, como la sostenibilidad económica del sistema, la relación con sus proveedores materiales, o los requerimientos de personal sanitario, su cualificación y distribución, o la organización, y limitación en su caso, de la libre circulación de pacientes por todo el territorio español, requieren de una capacidad inmediata e integrada de decisión. Se trata de demandas que, en todo caso, con la situación y organización actual del Sistema no encuentran adecuada solución, por lo que cabría esperar que el Sistema hubiera dedicado una mayor atención a su solución.

En el mismo sentido, cabe subrayar la contradicción que supuso que para el desarrollo de una protección universal y homogénea en el ejercicio de sus derechos para toda la población, como estaba planteado en la Ley previa, se recurriese al planteamiento de unas líneas de reforma que suponían abrir, por el contrario, las vías para potenciar su diversificación, más allá de las diferencias que pudieran establecerse por la encomienda de la gestión de los servicios a las CCAA.

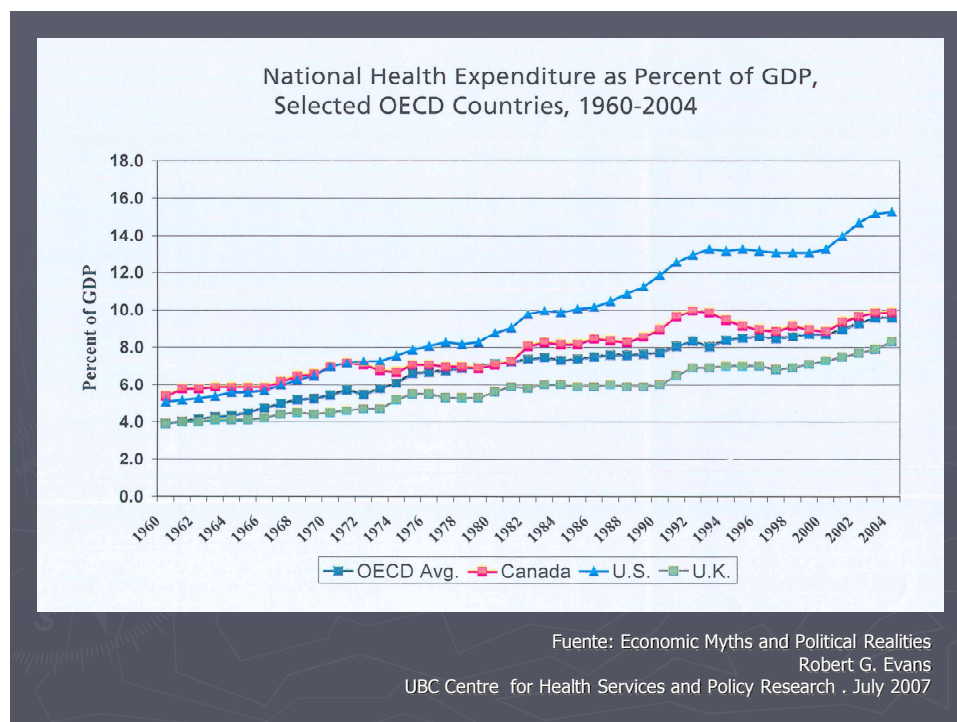
c) La situación del gasto sanitario y los determinantes principales de su evolución. La posición de la industria farmacéutica y de los seguros sanitarios.

Otro de los factores diferenciales de la época inicial en la que se constituyeron los primeros servicios nacionales de salud y el momento en el que lo hizo formalmente el Sistema Nacional de salud español es el nivel de gasto sanitario existente en una y otra época en todos los países desarrollados.

Esa diferencia es apreciable en cifras absolutas, con la característica añadida de que se trata de un gasto creciente año a año, y difícil de controlar en esa evolución. Ese ritmo de crecimiento difícil de controlar es observable en las estadísticas sanitarias que desde hace años publica la OCDE para los países desarrollados (OECD Health Data, de publicación anual). El ritmo de crecimiento constante del gasto sanitario, que se

representa para distintos grupos de países a partir de los años 60 en el gráfico 9, se ha convertido, a juicio de la mayoría de los observadores, en el factor más importante que pone en cuestión la sostenibilidad económica de los sistemas sanitarios en los países desarrollados³⁷⁸.

Gráfico 9. Evolución entre 1960 y 2004 del gasto sanitario total como porcentaje del PIB (GDP) en países seleccionados de la OCDE.



De las series estadísticas citadas se deriva una segunda observación que, con cifras de gasto diferentes y crecientes en términos absolutos, se viene repitiendo también año tras año: se trata de la existencia de una relación estadística entre el nivel de gasto sanitario de cada país medido en términos per cápita y el promedio del nivel de PIB per cápita del mismo, que permite trazar una recta de regresión que representa esa relación. En los gráficos siguientes 10 y 11 se representa esa relación para dos años distintos separados en el tiempo con suficiente amplitud, 1992 y 2002, en las que se puede comprobar que, con cifras de renta y gasto sanitario per cápita diferentes en cifras absolutas para todos los países, se mantiene globalmente el mismo sentido de esa relación.

³⁷⁸ Se puede ver a esos efectos: Fuchs (2008). Para la experiencia norteamericana comparada con la de otros países: Davis (2008).

Gráfico 10. Gasto sanitario per cápita versus GDP (PIB) per cápita en países de la OECD 1992.

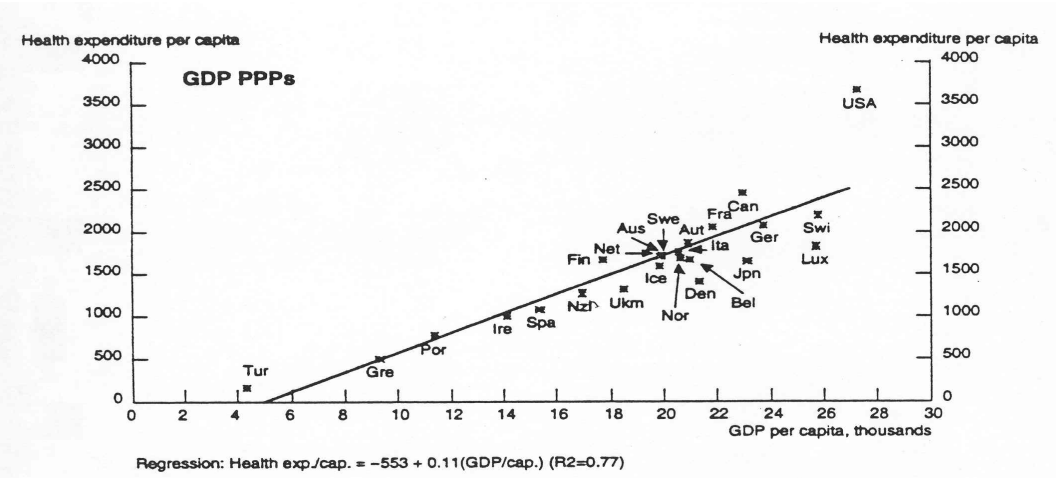
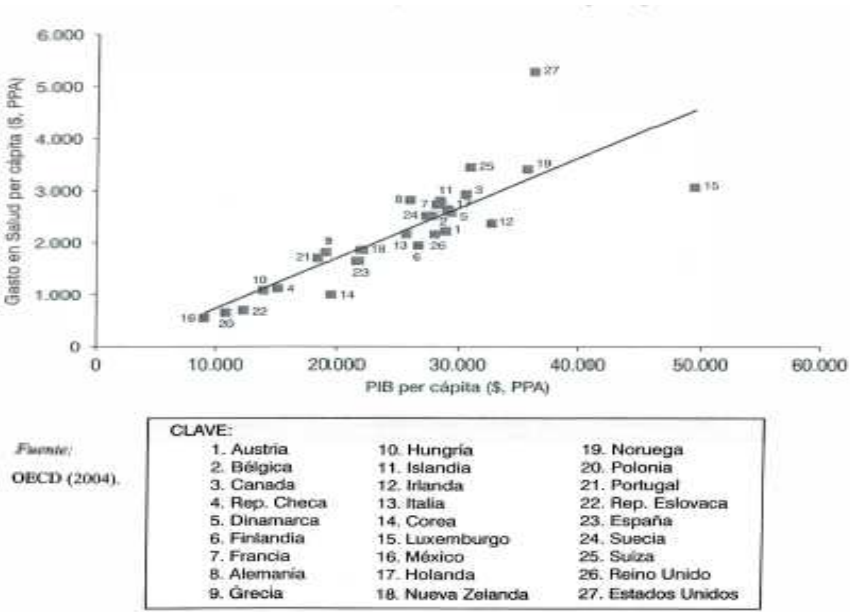


Gráfico 11. Gasto sanitario per cápita versus GDP (PIB) per cápita en países de la OCDE 2002.



Con respecto a la relación descrita hay que destacar dos aspectos:

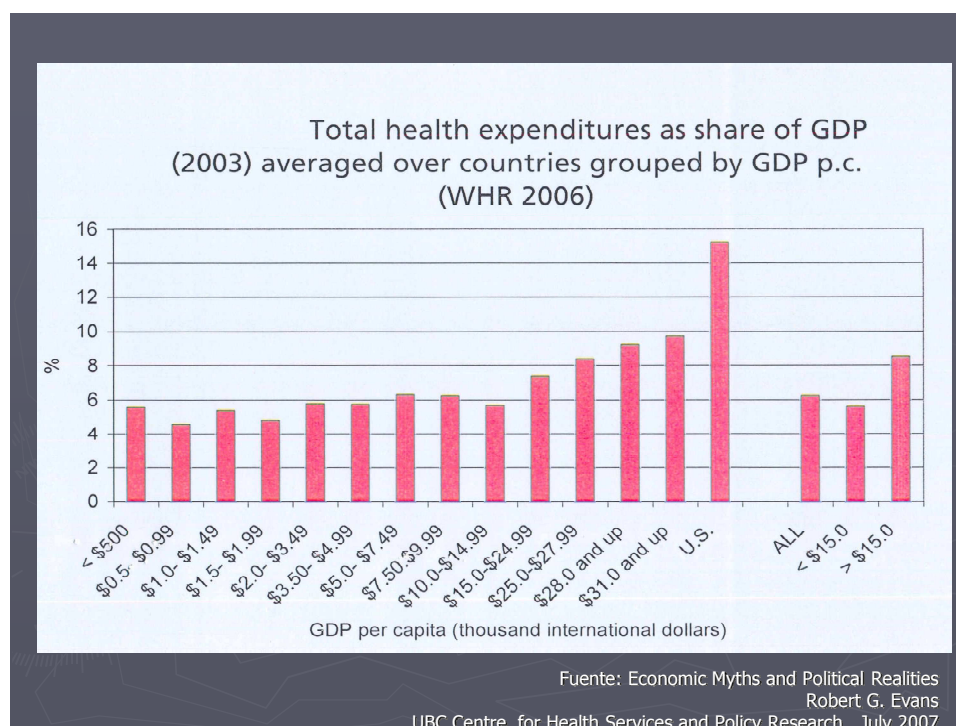
-que de la misma sólo se excluyen de manera sostenida los Estados Unidos, cuyo nivel de gasto capitativo en promedio se desvía de manera notable hacia arriba del que le correspondería conforme a las cifras de PIB per cápita según esa relación³⁷⁹, y

³⁷⁹ La desproporción es tan grande que si los Estados Unidos tuviesen un gasto sanitario per cápita similar al de otros países desarrollados cercanos, como Canadá, que, sin embargo, proporcionan cobertura sanitaria a toda su población, el déficit público norteamericano desaparecería por completo. La desproporción es tan importante que resulta por sí misma una dificultad para su percepción y

Luxemburgo, un país de reducido tamaño y población, que carece de servicios sanitarios propios y gasta menos de lo que le correspondería por nivel de renta en la atención sanitaria de sus ciudadanos recurriendo a los servicios sanitarios de los países que lo rodean.

-en segundo lugar, que esa relación lineal sólo se establece de manera homogénea a partir de cierto nivel de renta per cápita, como se puede observar en el gráfico, correspondiente en este caso a datos de 2006: en ese año el “umbral” del inicio de esa relación está establecido en el nivel de renta superior a 10.000 dólares per cápita. Por debajo de ese “umbral” la relación es variable, lo que probablemente corresponde a formas no homogéneas de organización y consumo que, por el contrario, a partir del “umbral” citado responden probablemente a ciertos patrones más homogéneos tanto de organización como de consumo sanitario, las primeras de las cuales incluyen de una u otra manera formas de protección sanitaria que agrupan de una u otra manera a la mayoría de la población.

Gráfico 12. Gasto sanitario total como porcentaje del PIB (GDP) en 2003 en grupos de países clasificados según PIB per cápita.



Un tercer aspecto a subrayar es la consideración de la eficiencia del incremento del gasto sanitario de cara a su objetivo teórico, que no es otro (aunque no sólo; los

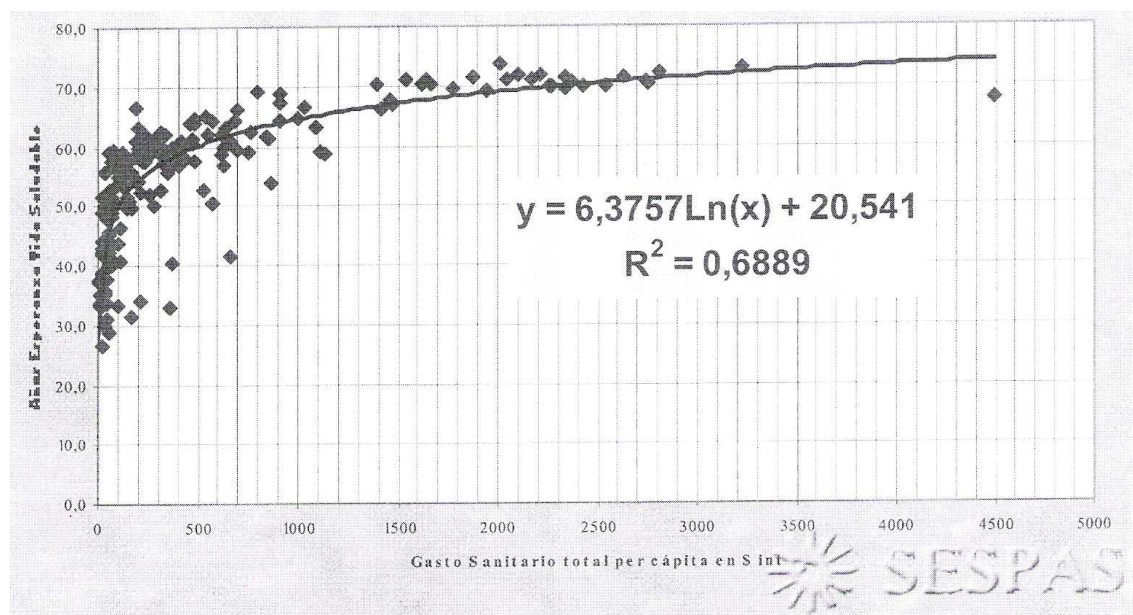
comprensión por los ciudadanos americanos, que contribuye a su vez la ignorancia de las razones que justifican esas diferencias, en buena parte relacionadas con la forma de organización de su sistema sanitario (Klein, 2009).

servicios sanitarios universales desempeñan también un papel de cohesión social relevante) que la mejora de la salud de la población.

La relación que pudiera existir en este caso se ha tratado de establecer mediante el contraste de la cifras de gasto sanitario capitativo de diferentes países (o, dada la relación descrita antes, entre el nivel de renta o de PIB per cápita de cada país) y distintos indicadores representativos del estado de salud de la población, como la esperanza de vida o la mortalidad infantil.

En cuantos análisis de esas características se han realizado la conclusión es semejante: el conocimiento más convencional en economía de la salud reconoce que la relación entre recursos empleados para mejorar la salud (incluyendo entre ellos el gasto en tecnologías sanitarias, pero también en medidas de salud pública, mejora de los hábitos de vida y otros) y los resultados obtenidos con esos recursos medidos con los indicadores descritos, depende ante todo del nivel de desarrollo del país en que se emplean (Puig-Junoy, 2003).

Gráfico 13. Relación gasto sanitario-esperanza de vida saludable en diferentes países.



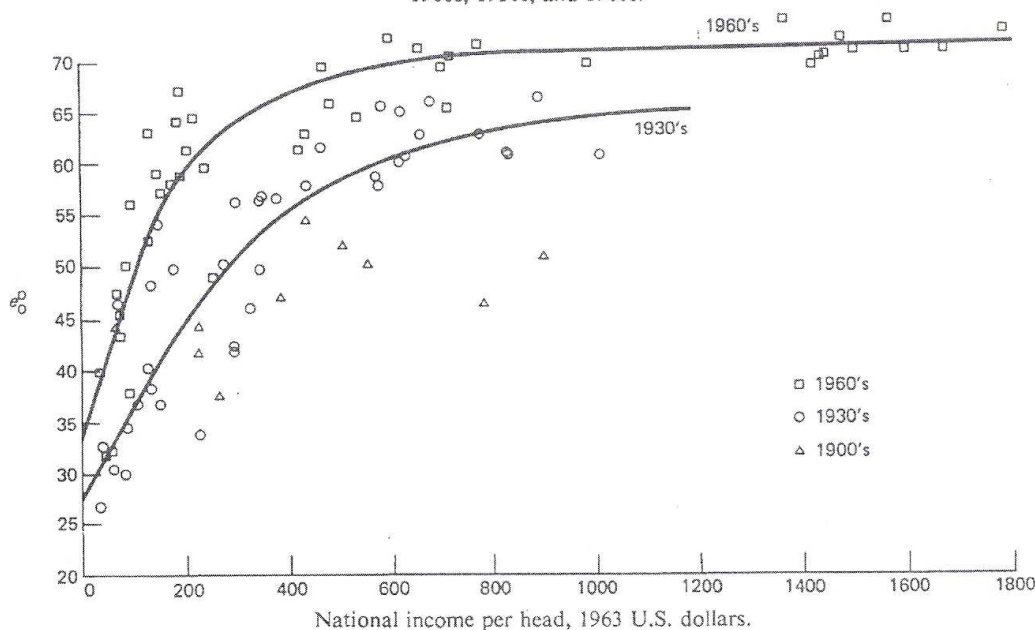
Fuente: Repullo JR. (2007). Políticas de salud y servicios sanitarios.

Esa relación se puede representar mediante una curva (ver gráficos 13 y 14) de pendiente inicial inclinada (con pocos recursos y poco gasto se obtienen mejoras importantes en el estado de salud global de las poblaciones correspondientes), que, por el contrario, se hace asintótica con la horizontal a partir de cierto nivel de recursos empleados (la mejora obtenida en la salud global de la población por más que se

aumente el gasto es escasa)³⁸⁰. Los países ricos se mueven en esa parte plana de la curva, en la que el coste adicional de las innovaciones introducidas no añade casi ninguna mejora al estado de salud global de la población (aunque pueda hacerlo para grupos concretos), mientras que en los países pobres ocurre lo contrario³⁸¹.

Gráfico 14. Relación entre esperanza de vida al nacer y promedio nacional de ingresos per cápita en diferentes países en 1990, 1930 y 1960.

Scatter-diagram of relations between life expectancy at birth (e_0°) and national income per head for nations in the 1900s, 1930s, and 1960s.



Samuel H. Preston

The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development

Population Studies, Vol. 29, No. 2 (Jul., 1975), 231-248.

³⁸⁰ En los gráficos 13 y 14 se recogen los ejemplos de dos trabajos distintos en los que se confirma esa relación. La segunda de las figuras citadas tiene el valor de analizar la forma de esa relación en dos períodos históricos diferentes: los años 30 y 60 del siglo pasado. En el primero de esos períodos, en coincidencia con un desarrollo tecnológico inferior, no había todavía ningún país que hubiera alcanzado esa “parte plana de la curva”. Por el contrario, en los años 60 ya había países que habían alcanzado esa situación, que desde entonces se ha ido extendiendo a más países a medida que se elevaba su nivel de renta per cápita.

³⁸¹ Esta contradicción entre la mayor necesidad y productividad de los recursos sanitarios por parte de quienes los tienen menos disponibles, lo que es aplicable no sólo por países, sino incluso a nivel individual en el seno de los países más desarrollados, fue puesta en evidencia hace años por Julian Tudor Hart en 1971, a partir de los datos recogidos en el NHS británico, que enunció en ese año la llamada “ley del cuidado inverso” (Tudor Hart, 1971). Según ésta, la disponibilidad de buena atención sanitaria tiende a variar de manera inversa a la necesidad de ella por parte de la población respectiva. Esta ley, según su autor, opera de forma más potente cuanto más expuesta está la atención sanitaria a las fuerzas del mercado, y en sentido contrario cuanto menor es esa exposición. Una mayor explicación de esta “ley” y su funcionamiento en los países desarrollados, lo mismo que su repercusión sobre la dirección impresa a la innovación en perjuicio de las necesidades e intereses de los países en desarrollo se puede encontrar en (Rey Biel, 2005).

Otros análisis complementarios del gasto sanitario se han dirigido a considerar qué formas de organización resultan más eficientes en términos de gastar menos con iguales o mejores resultados en salud. Pese al interés que se podría derivar de estudios de ese carácter para sugerir qué mejoras organizativas, en términos de cobertura, financiación y provisión serían más adecuadas en cada caso, esos análisis sólo se han llevado a cabo en un número reducido de trabajos. Algunos de ellos, como los realizados por Navarro y Elola en la década de los 90, que ya he citado en diferentes apartados descriptivos previos, y a los que también me he referido en otros trabajos anteriores (Rey del Castillo, 2000), permitían llegar a la conclusión de las ventajas en términos de eficiencia de los sistemas constituidos como servicios nacionales de salud frente a los sistemas “de seguridad social”. A conclusiones similares, aunque de mucho menor valor cuantitativo en cuanto a las diferencias observadas, han llegado otros trabajos más recientes³⁸², a los que me he referido también en la nota 174 (p. 297) anterior.

Lo polémicas que resultan estas observaciones, por limitadas que sean, es el resultado de que las mismas resultan contrarias a la tendencia que muestran las reformas que se están llevando en diferentes países desarrollados, justificadas supuestamente en la mayoría de los casos por la necesidad de mejorar la eficiencia de los sistemas respectivos y de controlar la tendencia creciente y sin control del gasto sanitario, pero que, a la vista de esas observaciones, se estarían orientando de manera contradictoria con lo que se deduce de esos trabajos; una contradicción que, como vengo repitiendo, ya he señalado en algún trabajo anterior (Rey del Castillo, 2000).

El carácter polémico de esta clase de trabajos queda bien reflejado en los comentarios que suscita un mismo trabajo por parte de diferentes observadores: ocurre así con el que es motivo de la última cita anterior, cuyo comentario fue objeto de aquéllos en una revista, la denominada *Gestión Clínica y Sanitaria*³⁸³, que patrocina desde hace diez años la referencia y el comentario por observadores diversos cualificados de los artículos y trabajos considerados más relevantes en el ámbito de la salud, la sanidad, los servicios sanitarios y la economía de la salud. En el caso del trabajo citado, basta con citar los títulos con los que se encabezaron los comentarios al mismo en esa revista por dos observadores diferentes (*“Los análisis de trazo grueso en*

³⁸² Ver Wagstaff (2009).

³⁸³ Editada con el apoyo de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, la Fundación Gaspar Casal y el Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra. Esta revista ha cumplido en 2009 su décimo aniversario.

la comparativa de sistemas identifican sólo diferencias micro del 3%” frente a “*Sin Semashko ni “wild west”, mejor Beveridge que Bismarck*”)³⁸⁴ para detectar la presencia de criterios no sólo “científicos” en la valoración hecha por cada uno.

Si los resultados de ese tipo de análisis resultan polémicos, y su desarrollo se ha restringido de manera manifiesta hasta ahora, sin duda en parte por las consecuencias políticas potenciales de sus resultados³⁸⁵, en el momento actual existe una amplia coincidencia en los estudios que se dirigen a valorar las razones principales del crecimiento del gasto sanitario.

c.1) La situación de la industria farmacéutica y de las tecnologías sanitarias.

Superada una fase en la que se atribuía la justificación de ese incremento principalmente al envejecimiento de la población³⁸⁶, de lo que se trataban de derivar consecuencias políticas restrictivas en cuanto a los mecanismos de acceso a las prestaciones sanitarias³⁸⁷, en el momento actual “*la literatura económica pone en relación el crecimiento de los beneficios sanitarios con costosos productos innovadores...Por supuesto, la tecnología no crece de manera espontánea. La tecnología se compra, y a un coste considerable. La voluntad por parte de los países desarrollados de pagar proporciones crecientes de sus ingresos por la tecnología médica avanzada y los nuevos medicamentos sugiere que la salud en un “bien de lujo”, con una elasticidad mayor que uno*”(Hagist, 2005)³⁸⁸.

³⁸⁴ Los autores de los comentarios son respectivamente Lopez i Casanovas (2008) y Ortún (2008).

³⁸⁵ Las dificultades para llevarlos a cabo no son sólo de carácter ideológico o político. Existen también problemas metodológicos que dificultan su realización. La mayoría de los sistemas sanitarios tienen características específicas propias de cada país, que hacen con frecuencia difícil su clasificación con arreglo a los modelos generales, más aún después de haberse sometido a los procesos de reforma más recientes que se han llevado a cabo en muchos de ellos.

³⁸⁶ En el momento actual, y en estudios muy diversos sobre distintos países o grupos de países la repercusión de ese factor se ha considerado como mucho más reducida en los países que de una u otra forma garantizan la atención sanitaria de toda la población. Se pueden ver, por ejemplo, en ese sentido: OECD (2006); Hartman (2007). Para nuestro país, esa tendencia ya se apuntaba en un trabajo de Fuentes Quintana y Barea ya antiguo (Fuentes Quintana, 1996). Puede verse también Ahn (2003). Esta valoración se asume ya sin ninguna discusión en un reciente informe, patrocinado por la patronal de seguros UNESPA (2010), sobre los efectos del envejecimiento en el futuro del Estado de Bienestar, en el que se indica (p. 27) que “*las causas de crecimiento de gasto en el pasado hay que buscarlas más en la mejora de las prestaciones y en la universalización de su disfrute que en los cambios demográficos. En España, con el resto de la OCDE, el facto demográfico ha contribuido en poco más del 10% al incremento del gasto. En realidad, su evolución tiene un importante componente discrecional, relativo a la cartera de servicios que se ofrecen y al ritmo e intensidad de la incorporación de las novedades tecnológicas y terapéuticas*”.

³⁸⁷ Un ejemplo de éstas puede considerarse el establecimiento de copagos disuasorios a los pensionistas españoles para el acceso a los medicamentos, que en este momento todavía les resultan gratuitos, promovido en el Informe Abril, en 1991

³⁸⁸ Con el mismo carácter categórico de esa afirmación anterior se puede ver también en Fuchs (2008) : “*Los avances en la medicina son la razón principal por la que el gasto sanitario ha crecido a un ritmo*

Detrás de ese desarrollo tecnológico innovador, que incluye de una manera destacada a los medicamentos, hay un sector industrial muy potente, en especial el farmacéutico, que se ha desarrollado exponencialmente a partir de los años 80, como indica Krugman en una cita anterior (Krugman, 2007; p. 80 versión española), hasta convertirse en el primer sector industrial por beneficios obtenidos (en el gráfico 15 se comparan los beneficios netos obtenidos sobre activos después de impuestos por la industria farmacéutica en USA en relación con otros sectores industriales entre 1995 y 2007) o por capitalización bursátil (lo que puede observarse en las empresas de distintos países, algunas de las cuales, como las americanas Pfizer y Johnson&Johnson, se encuentran entre las primeras del mundo por este concepto, y otras entre las de sus propios países de origen, como ocurre en Suiza, Reino Unido, Francia o Dinamarca, países todos ellos donde radican empresas destacadas de este sector)³⁸⁹.

En otros trabajos previos (Rey Biel, 2005) he analizado las características peculiares de este sector en concreto, y del de las otras tecnologías sanitarias³⁹⁰, con una extensión que resulta imposible desarrollar aquí. Las características de la actividad en este campo han sido objeto de otros muchos análisis, algunos de títulos tan expresivos como el de la Dra. Marcia Angell, antigua editora de la revista *New England Journal of Medicine*, cuyo título (*La verdad sobre las compañías farmacéuticas: cómo nos engañan y qué hacer sobre ello*) es suficientemente expresivo de las tesis que sustenta.

anual un 2,8% por encima que el resto de la economía"; una valoración que, a su vez, se soporta en un trabajo anterior de Pauly (2005).

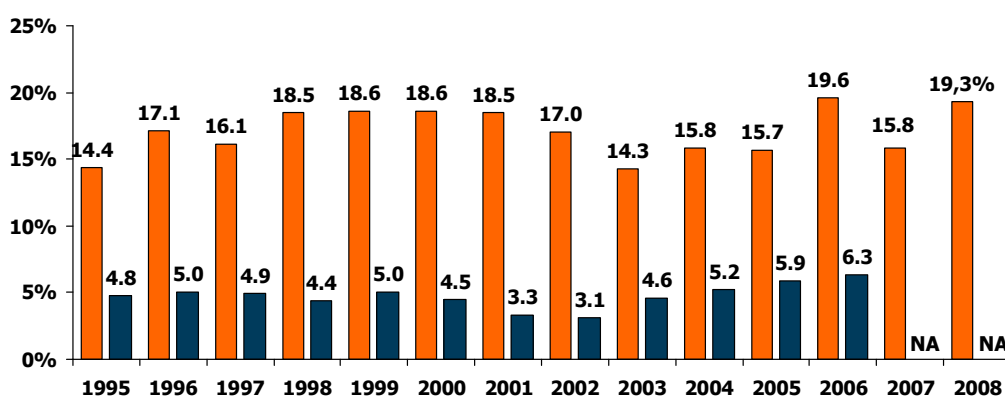
Sobre el papel dominante del desarrollo de nuevas tecnologías y el uso intensivo de las desarrolladas previamente en el incremento de los costes sanitarios se puede ver también Callahan (2003 b). Esta cuestión se debate también en Cavalié (2003).

³⁸⁹ Para describir la potencia económica de este sector industrial dedicado a la provisión de recursos técnicos a los servicios sanitarios un antiguo editor de la revista *New England Journal of Medicine* acuñó el término de “complejo médico-industrial” (Relman, 1980), a semejanza del utilizado dos décadas antes por el presidente Eisenhower, que se refirió al “complejo militar-industrial” en relación con la industria de armamento como determinante principal de la política industrial de los Estados Unidos.

³⁹⁰ Sobre los márgenes de beneficio con los que trabaja el sector de los “dispositivos sanitarios” (*medical devices*), término que incluye desde las prótesis de rodilla o cadera, los marcapasos, las prótesis valvulares cardíacas, los stent coronarios, los catéteres utilizados en diagnóstico y tratamiento, o los desfibriladores automáticos, se puede ver Meier (2009). En el artículo, sobre la base de los datos aportados por el banco Credit Suisse a partir de informes de las propias compañías que operan en este campo, los márgenes de beneficio neto (*operating profit*) se estiman entre el 23 y el 30%, a la vez que se informa que las inversiones en este sector están creciendo a un ritmo más rápido incluso que en el farmacéutico.

Gráfico 15. Evolución de la rentabilidad en beneficios netos sobre activos de la industria farmacéutica en los Estados Unidos en relación con la de otros sectores industriales entre 1995 y 2008.

Profitability of Pharmaceutical Manufacturers, 1995-2008



Note: Percent is the median percent net profit after taxes as a percent of firm revenues for all firms in the industry. NA = no longer available.

Source: Kaiser Family Foundation and Sonderegger Research Center, Prescription Drug Trends: A Chartbook Update, November 2001, Exhibit 4.11, at <http://www.kff.org/insurance/3161-index.cfm>, updated with data from *Fortune*, Fortune 500 Industry Rankings: April 14, 2003, Vol.147, No.7, p. F-26; April 5, 2004, Vol. 149, No.7, p. F-26; April 18, 2005, Vol. 151, No.8, p. F-28; April 17, 2006, Vol.153, No.7, p. F-26; April 30, 2007, Vol.155, No.8, p. F-32; 2007 and 2008 numbers from Fortune 500 online at <http://money.cnn.com/magazines/fortune/>.

■ Pharmaceutical Manufacturers
■ All Fortune 500 Firms



En los años más recientes se han destacado las dificultades que se dan en especial en el campo farmacéutico para el desarrollo de nuevos productos con los métodos “tradicionales” de la síntesis química, y el coste creciente de la investigación en este campo³⁹¹, debida en una parte al menos a los controles más rigurosos

³⁹¹ En la figura 2 se puede observar que la “revolución terapéutica” con productos verdaderamente innovadores tuvo lugar principalmente entre 1935 y 1975. A partir de esa fecha la verdaderas innovaciones son cada vez más raras, mientras que en el lanzamiento de nuevos productos predominan los de efectos similares a otros ya desarrollados, con variaciones escasas en su composición, pero precio siempre superior (Jayadev (2009), lo que por la industria se justifica como una contribución necesaria para mantener la investigación (ver, por ejemplo, Hari (2009).

Eso no quita para que en ciertas áreas específicas, como son determinados tipos de cánceres, se estén logrando avances significativos, la valoración de cuyos efectos positivos en términos de mejora de la calidad y la esperanza de vida frente a otros medicamentos ya existentes está en todo caso sometida a una enorme presión para incorporar con rapidez los nuevos a la práctica clínica (Harris, 2009). El problema añadido de estos nuevos productos es en todo caso su coste (relacionado principalmente con el precio que se establece para ellos, mediante procedimientos que no justifican sobre todo sus costes de producción, sino, en muchos casos y países, la influencia opaca de la industria en su determinación: ver Editorial.

establecidos en los ensayos clínicos para garantizar al menos la seguridad de los productos³⁹². Junto con ello se está produciendo la caducidad de las patentes de los primeros medicamentos específicos de marca, lo que da lugar a la posibilidad de su sustitución por medicamentos genéricos, de precio inferior; una política que está siendo activamente combatida por los laboratorios “innovadores”³⁹³. Ese conjunto de circunstancias podrían supuestamente poner en cuestión la situación del sector (Cendrowicz, 2008).

Éste goza, sin embargo, de una enorme capacidad de adaptación, que le está llevando a plantear soluciones diversas³⁹⁴:

-desde los procesos de fusión entre empresas, que se están produciendo de manera muy activa desde hace años para lograr la captación cuasi monopolista de sectores terapéuticos íntegros³⁹⁵, lo que aumenta su capacidad de negociación de los suministros y precios;

NYTimes, 2006) que cuando menos dificulta, si no impide, la difusión de su utilización (ver, por ejemplo, Berenson (2006).

³⁹² Por la industria farmacéutica se pone repetidamente de manifiesto el coste que supone el retraso en la autorización y lanzamiento comercial de un producto: en el trabajo de David (2009) se estima que cada seis meses de retraso en el lanzamiento de un producto puede suponer una pérdida, valorada en coste de capital (Net Present Value, NPV) de 100 millones de dólares, o una reducción de 0,5 puntos en beneficios sobre capital invertido (tasa interna de retorno, “internal rate of return”, IRR).

Uno de los efectos del interés económico de la rapidez en la aprobación de nuevos productos es la presión sobre los Comités Éticos de Investigación Clínica, que son las entidades creadas en los centros sanitarios de todos los países para aprobar y hacer el seguimiento de los ensayos clínicos. Esta presión ha hecho cambiar el objetivo principal de esos Comités, que comenzó siendo la defensa de los derechos de los participantes en los ensayos, para reconvertirlo en la gestión rápida de éstos, que condiciona también la selección de los centros en los que desarrollar los ensayos. Esta deriva se puede ver en Instituto Roche (2009). Por su parte, las empresas farmacéuticas desarrollan estrategias dirigidas de manera expresa a incentivar el funcionamiento rápido de los comités en la valoración de los ensayos. Hay algunas publicaciones (ver, por ejemplo, Cutting Edge Information, cuyos informes, todos ellos de precio elevado, son accesibles en www.cuttingedgeinfo.com;) especializadas en prestar asesoramiento sobre las formas de lograr esos resultados, los procedimientos e incentivos para lograr una adecuada selección de participantes en los ensayos, y cualquier otro detalle en el desarrollo de éstos que pueda contribuir a su más rápida realización y presentación de sus resultados para acelerar los registros de medicamentos. Algunos de los informes accesibles en esa página web llevan por título, por ejemplo, “*Streamlining Clinical Trials*”, o “*Strategic Clinical Sourcing. Managing Costs and CROs*”

³⁹³ Sobre la utilidad de los “genéricos” para reducir los costes de la factura farmacéutica se puede ver Kanavos (2008).

Sobre la oposición de los laboratorios de marcas a su introducción, el informe de Compass *A bitter Pill to Swallow*. (Cruddas 2009). Este informe contiene referencias a muchos otros de los aspectos del desarrollo de la industria farmacéutica tocados en este texto, con especial referencia al Reino Unido.

³⁹⁴ En este sentido se puede ver el reciente informe de la consultora Price-Waterhouse-Coopers (PWC), *Pharma 2020: challenging business models. Which path will you take?*, publicado en Septiembre de 2009 (PWC, 2009 b), que es el cuarto de una serie en la que en informes anteriores, y bajo la misma pregunta (*Which path will you take?*), se hacía referencia sucesiva a la perspectiva general de la industria en el horizonte de 2020 (PWC, 2007); la posibilidad del desarrollo de la investigación “virtual” en este campo (PWC, 2008); o los cambios que se están produciendo en los mercados farmacéuticos tradicionales (PWC, 2009 a).

³⁹⁵ Las más recientes, las de Pfizer, que absorbió a Wyeth, y Merck, que absorbió a Schering-Plough (Arco, 2009 a; Fernández, 2009).

-o la constitución de empresas “federadas”, mediante las que permitir la separación formal de las distintas fases (investigación, producción) del desarrollo de los nuevos productos hasta su comercialización; también la introducción de los laboratorios “de marcas” en la producción de genéricos;

-la participación en organizaciones que integran distintos tipos de cuidados de salud, a lo que contribuye la progresiva pérdida de los límites entre distintos tipos de tecnologías sanitarias (la genética, la medicina nuclear, la farmacología, que están empezando hacer posible hablar de una terapéutica “personalizada” (cita)) o no sanitarias (la informática tiene en todo esto un papel primordial), que confluyen en campos de actuación cada vez más comunes;

-o la fusión (más bien absorción) de las empresas biotecnológicas, vistas como una nueva vía para el desarrollo de medicamentos con nuevos métodos por las grandes empresas farmacéuticas;

- sin descartar la búsqueda de nuevas fuentes de financiación del capital, para lo que se está recurriendo a países, como China y la India, donde el capital es abundante y la actividad investigadora creciente³⁹⁶.

- hasta la búsqueda de nichos terapéuticos en los que especializarse, en a que participan laboratorios de menor tamaño, como algunos españoles (Arco, 2009 b).

Las medidas de adaptación citadas para sostener su privilegiada situación como sector de desarrollo industrial preferente en el momento actual³⁹⁷, contribuyen a que no se pongan realmente en cuestión las ventajas tan importantes de que dispone. De entre ellas destaca su gran capacidad de influencia para generar la demanda de nuevos productos por todos los que intervienen en el consumo de los mismos en todas sus fases (Rey Biel, 2005; p. 222-227): desde la población que los consume como paciente³⁹⁸, a los médicos prescriptores³⁹⁹, o incluso a los reguladores de su producción⁴⁰⁰ (cuya

³⁹⁶ Ver , por ejemplo, Flanigan (2009)

³⁹⁷ En este sentido ver Harvey (2003), p. 13.

³⁹⁸ Entre los mecanismos utilizados, no se duda en extender el campo de lo que es enfermedad y precisa tratamiento farmacológico (se puede ver en este sentido Moynihan, 2005 y 2006; Singer, 2009 a y b); se utiliza también cada vez más la publicidad directa dirigida a pacientes. Como dato anecdótico se puede añadir también que en España la publicación del “Mapa Nacional de Asociaciones de Pacientes” está patrocinada y promovida por Farmaindustria, cuyo patrocinio propio o por distintos laboratorios se extiende también al ámbito de muchas de las asociaciones así constituídas en torno a patologías concretas, tributarias para su tratamiento en la mayoría de los casos de la gama de productos del patrocinador.

³⁹⁹ Los mecanismos a los que se hace referencia en este caso en la cita anterior son los del patrocinio económico individual o colectivo, directo o indirecto (congresos, actividades científicas), de difícil control, pero extendido por todos los países, como se pone en evidencia ocasionalmente cuando algún escándalo supera los límites habituales de su realización; también el patrocinio y el control por las empresas del sector de las bases de datos de la llamada Medicina Basada en la Evidencia, que pretende

actuación se orientó en sus orígenes de manera principal a garantizar la seguridad de los productos, que exige su comprobación mediante “ensayos” antes de su lanzamiento al mercado). Por otra parte, a efectos de control del incremento del gasto en este campo resultan ineficaces las medidas incrementales que se puedan ir introduciendo en mercados ya previamente regulados⁴⁰¹.

Es también característico de la industria de este sector, por otra parte convertido en un ámbito de actividad transnacional⁴⁰², su capacidad de controlar la orientación y la evolución de la innovación en este campo (Callahan, 2003 a), un factor determinante de sus resultados económicos⁴⁰³, que se dirige ante todo a satisfacer los intereses del propio

proporcionar a los profesionales criterios independientes para la valoración del uso de las tecnologías sanitarias, incluidos los medicamentos, sobre la base de una revisión exhaustiva de la fiabilidad y calidad de la literatura científica publicada sobre una determinada cuestión.

Otra forma de influencia es el patrocinio de los ensayos clínicos, que ha dado lugar a grados de “profesionalización” en su realización de manera complementaria al trabajo clínico; la publicación de los resultados de los ensayos en las revistas científicas ha dado lugar también a diferentes problemas, en relación con la divulgación de dichos resultados en el caso de que éstos resultaran contradictorios con los intereses de los laboratorios promotores.

Además de la declaración de los “conflictos de intereses” (patrocinio económico recibido) en los artículos que presenten los resultados de los ensayos, para contribuir a evitar esos problemas se ha propuesto también la creación de un registro unificado de ensayos iniciados en diferentes países, que está lejos de alcanzar su plena aplicación. Sobre todo estos aspectos se puede encontrar amplia bibliografía en la cita anterior, que precisaría en todo caso de continua actualización, dada la evolución permanente de estas cuestiones.

En un trabajo no incluido en la cita anterior por su posterior realización se puede cotejar, por ejemplo, el patrocinio que reciben de diferentes empresas farmacéuticas o de otras tecnológicas del sector algunas de las sociedades científicas médicas españolas, sin que de parte de las administraciones públicas se dé ninguna clase de control de esta situación (Hernández Yáñez, 2007).

⁴⁰⁰ A este respecto se destacan los mecanismos de influencia económica sobre las agencias reguladoras estatales o supraestatales (como la Agencia Europea de Medicamentos), constituidas como agencias (no sometidas al derecho “administrativo” o sus equivalentes) y orientadas a autofinanciarse mediante el cobro de tasas por cada medicamento o sometido a su evaluación; lo que, en una situación en la que las evaluaciones de las distintas agencias son cada vez más intercambiables entre países o grupos de países a efectos del registro de los nuevos productos, da a un gran poder a los evaluados para someter la evaluación de sus productos a aquéllas que puedan resultarles más favorables y el procedimiento más rápido, dado el valor económico del tiempo consumido en cada evaluación (cita). El intercambio de personal entre agencias e industria, más que a la inversa, es otro mecanismo de influencia de difícil valoración. Otros instrumentos de influencia sobre los reguladores son las negociaciones que se establecen en todos los países que tienen regímenes de precios regulados para su determinación.

⁴⁰¹ Ver Sood (2008).

⁴⁰² Sobre los problemas de regulación y control de calidad que plantea esta situación se puede ver: Okie (2009).

⁴⁰³ Una clasificación de los distintos tipos de innovaciones en los servicios sanitarios se puede ver en García Goñi (2006). Un análisis “científico” de la relación entre la innovación y los intereses de la industria farmacéutica se puede ver en numerosos artículos publicados en el número 5 del Volumen 20 (Septiembre/Octubre de 2001) de la revista *Health Affairs*, encabezados por los de Cutler (2001), Fuchs (2001) y Kleinke (2001); lo mismo en el número 1 del volumen 23 de la misma revista, que encabeza un artículo de Iglehart (2004) de título expresivo: “*An Industry Under Siege Mounts Counterattack*”; también en un informe del National Institute for Health Care Management Research and Educational Foundation (2002), o en otro del Center on Globalization and Sustainable Development (2004) de la Universidad de Columbia titulado “*Access to Medicines and the Financing of Innovations in Health Care*”, en el que se plantea de manera especial el problema del desarrollo (o su ausencia) de los medicamentos “huérfanos” o de mayor interés para los países en desarrollo. Una aproximación más

sector, y no tanto, como he indicado antes, las “necesidades” de los servicios (y de las poblaciones) a los que va dirigida su producción⁴⁰⁴. Lo que da lugar a la situación a la que me he referido antes, conforme a la cual los países desarrollados se mueven en la “parte plana” de la curva que relaciona consumo de recursos con mejoras en términos de salud obtenidas por el aumento de los recursos invertidos, mientras que los países más pobres no obtienen los recursos ni disponen de la capacidad de gasto necesaria para mejorar de manera mucho más eficiente su situación.

Los mecanismos puestos en marcha para tratar de modificar esa posición en relación con el control de la innovación incluyen la realización de estudios coste-efectividad, llevados a cabo antes de su autorización⁴⁰⁵; pero su aplicación ha resultado en términos reales hasta ahora poco eficaz, y en todo caso no han resuelto tampoco el problema de la escasa sustitución real del uso de los recursos que se vinieran utilizando previamente, lo que contribuye a multiplicar el gasto con escasos beneficios adicionales con cualquier nueva incorporación.

En algunos países esos estudios se complementan con la elaboración de protocolos con recomendaciones para el uso de los nuevos productos en los servicios públicos de salud, una actividad que genera conflictos inevitables con las organizaciones médicas de los países respectivos cuando éstas recurren como argumento contrario a la “libertad de prescripción”. El National Institute of Clinical Excellence (NICE) británico, al que ya he aludido en la parte descriptiva de este trabajo, es el ejemplo mejor desarrollado de esa clase de instrumentos.

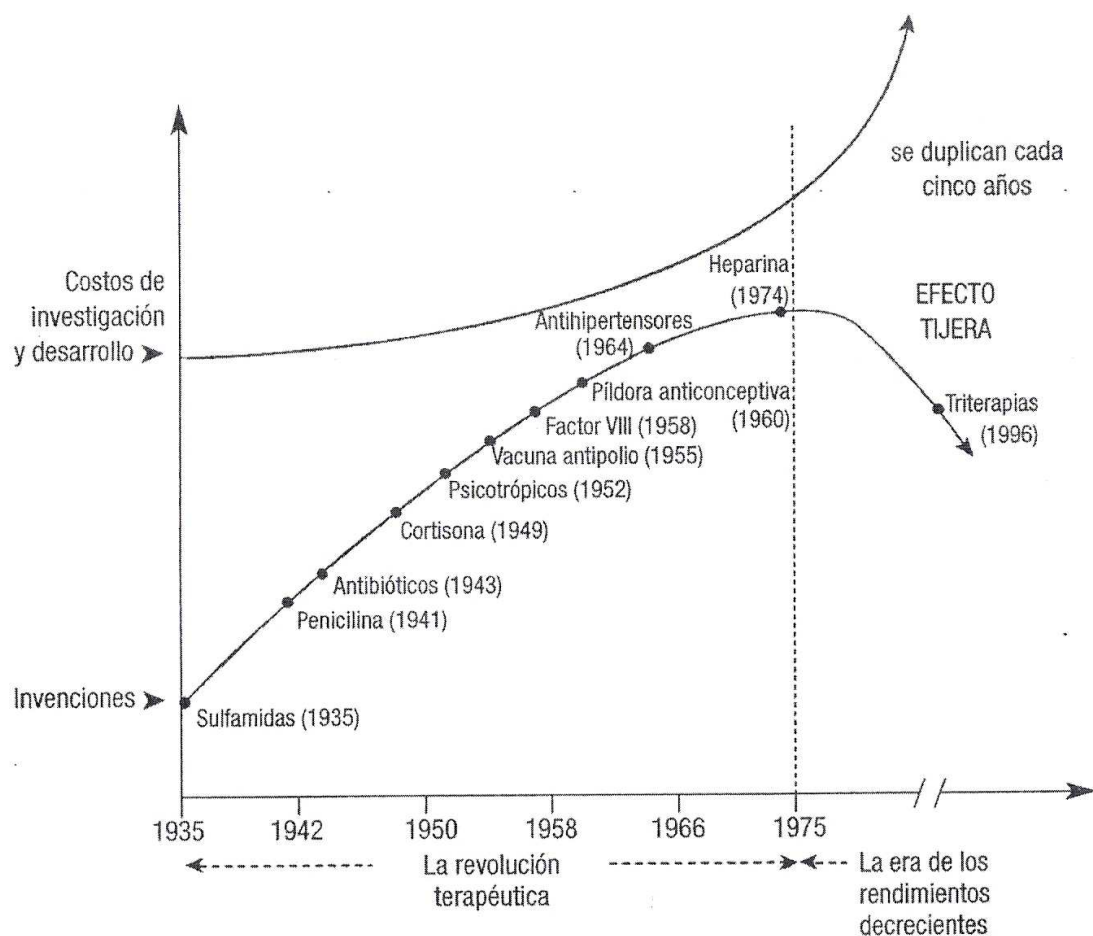
cercana a los intereses de la industria farmacéutica se puede encontrar en los informes de NERA (2004) para el ámbito del NHS, Charles River Associates (2004), éste para el caso de la industria europea, y de la Office of Health Economics (OHE) (2005), éste realizado por encargo de la patronal farmacéutica europea EFPIA.

⁴⁰⁴ Según Krinsky (Krinsky, 2003; p. 78) “una cultura de la ciencia guiada por intereses privados da como resultado que los científicos persigan el conocimiento en ciertos campos en los se manejan problemas en los que existen intereses comerciales; una pauta que se sigue a expensas y en detrimento de otros problemas que suponen un pequeño interés comercial, aunque tengan un gran interés público. Esto es lo que está ocurriendo de hecho en ciertos campos de la biología. Por ejemplo... se dedican muchos más recursos a investigar las bases celulares y genéticas del cáncer que a los factores medioambientales. Por otra parte, la pérdida del “desinterés” por parte de los científicos acompaña el declive de su orientación hacia los problemas de interés público. Cuanto mayor es el alineamiento del interés de la universidades con el de las organizaciones industriales, mayor es la misma inclinación por parte de los científicos”. A esta cuestión se dedica un capítulo completo, el undécimo, del texto indicado, titulado “La desaparición del interés público de la ciencia”, en la que esa tendencia se pone en relación con las nuevas orientaciones en la estructura y financiación de las universidades.

Sobre la orientación de la innovación al desarrollo de nuevos productos de efectos similares a otros previos pero precio más elevado, y en ocasiones efectos secundarios menos favorables, se puede ver como reciente ejemplo concreto: Schömig (2009).

⁴⁰⁵ Ver Stafford (2009). Sobre la evaluación de las tecnologías ver también Garattini (2008) y Jonsson (2009).

Figura 2. Descubrimiento de nuevos medicamentos desde la década de 1930 hasta nuestros días: inversión de la tendencia.



Fuente: Pignarre, (2003). El gran secreto de la industria farmacéutica.

Los mecanismos puestos en marcha para tratar de modificar esa posición en relación con el control de la innovación incluyen la realización de estudios coste-efectividad, llevados a cabo antes de su autorización⁴⁰⁶; pero su aplicación ha resultado en términos reales hasta ahora poco eficaz, y en todo caso no han resuelto tampoco el problema de la escasa sustitución real del uso de los recursos que se vinieran utilizando previamente, lo que contribuye a multiplicar el gasto con escasos beneficios adicionales con cualquier nueva incorporación.

En algunos países esos estudios se complementan con la elaboración de protocolos con recomendaciones para el uso de los nuevos productos en los servicios públicos de salud, una actividad que genera conflictos inevitables con las organizaciones médicas de los países respectivos cuando éstas recurren como argumento contrario a la “libertad de prescripción”. El National Institute of Clinical

⁴⁰⁶ Ver Stafford (2009). Sobre la evaluación de las tecnologías ver también Garattini (2008) y Jonsson (2009).

Excellence (NICE) británico, al que ya he aludido en la parte descriptiva de este trabajo, es el ejemplo mejor desarrollado de esa clase de instrumentos.

Otras experiencias, que se han empezado a emplear en algunos servicios de salud, como el británico, se orientan al “riesgo compartido” en la utilización de los nuevos productos autorizados para su uso por los sistemas públicos. Suponen la firma de contratos entre industria productora y servicio de salud, conforme a los cuales, si al cabo de un tiempo prefijado la utilización de un nuevo producto no demuestra ninguna ventaja con respecto a un producto similar anterior, la industria productora procedería a devolver los beneficios adicionales obtenidos por el uso del primero⁴⁰⁷.

Una y otra clase de mecanismos son en todo caso por el momento de imposible generalización.

Por el contrario, de la posición privilegiada y de la capacidad de influencia “técnica” sobre todos los niveles de la producción y el consumo se ha derivado la situación mencionada antes en relación con el gasto sanitario, que está poniendo en cuestión la sostenibilidad de los sistemas sanitarios con su actual configuración⁴⁰⁸.

Todo ello configura, a su vez, al sector farmacéutico y de las tecnologías sanitarias desde que se constituyó con el carácter dominante descrito desde principios de los años 80, no tanto o sólo como un “proveedor” necesario de los servicios sanitarios cuyos productos consumen éstos, sino ante todo como un determinante externo, mediante instrumentos “técnicos”, de la orientación de los propios servicios sanitarios. Para ello aprovechan la conversión de los servicios y productos en un bien de consumo, susceptible, por otra parte, de inducción a todos los niveles indicados por el proveedor.

Pero su capacidad de influencia en el sentido indicado no se limita a los instrumentos “técnicos” descritos. El poder adquirido por las corporaciones

⁴⁰⁷ Ver Chapman (2003). Las dificultades de aplicar ese tipo de acuerdos en el caso de medicamentos cuya efectividad parece exigir el uso de los mismos a muy largo plazo si en los primeros períodos anuales no se observa ninguna ventaja comparativa derivada de su uso se han puesto de relieve recientemente en el caso de los utilizados para el tratamiento de la esclerosis múltiple, tras una evaluación realizada a los dos años de la puesta en marcha del acuerdo inicial (Boggild, 2009; Puig-Junoy, 2010).

⁴⁰⁸ Puede verse a este respecto como resumen de numerosas publicaciones previas en el mismo sentido, que están incluidas en la bibliografía del texto, el reciente libro de Daniel Callahan, conocido bioeticista, editor de una de las revistas de bioética más valoradas, Hastings Center Report, titulado “*Taming the Beloved Beast*” (*Domando a la querida bestia*) (Callahan, 2009 a). Como en otros casos, su subtítulo resulta también significativo de su orientación y argumentación con el siguiente epígrafe: “*Cómo los costes de la Tecnología están destruyendo nuestro sistema sanitario*”.

Del mismo autor se puede ver, además de otro libro reciente (*What Price Better Health? Hazards of the research imperative*. Callahan, 2003) otro artículo más reciente aún (Callahan (2009 b), *Cost Control - Time to get serious*). En la misma dirección se puede encontrar Sutherland (2009), *Getting Past Denial – The High Cost of Health Care in the United States*. El proyecto de reforma sanitaria en los Estados Unidos ha provocado multitud de análisis que ponen de relieve como condición inexcusable para cualquier reforma el control del gasto sanitario.

farmacéuticas en particular, y las tecnológicas en general, las ha convertido en agentes con capacidad de influencia política relevante, que utilizan para favorecer el desarrollo no sólo de las políticas sobre servicios sanitarios, sino también las industriales y comerciales de los gobiernos de los países en los que se encuentran implantados, que más se adecuan a sus propios intereses corporativos.

Esa capacidad de influencia se ha puesto especialmente de manifiesto en estos días en relación con la, tantas veces referida en esta parte del trabajo, reforma sanitaria que ha promovido el presidente Obama en los Estados Unidos. El papel que ha jugado la industria farmacéutica para situar los límites de la reforma en terrenos que no perjudicasen los intereses del sector los he descrito en algunos trabajos que he ido publicando al hilo y en el seguimiento de la propia reforma (Rey del Castillo, 2009 b, c, d y 2010). En último término, el objetivo principal de ésta era aumentar la cobertura sanitaria de la población (más del 15%, más de 45 millones de personas, con tendencia creciente), lo que en sí mismo podría representar una clientela añadida para el consumo de los productos farmacéuticos que no resultaría contradictoria, sino a la inversa, con los intereses del sector. Esas posibles ventajas derivadas de la reforma han resultado finalmente determinantes para justificar la contribución económica que la industria farmacéutica ha realizado en aquel país para la realización de campañas publicitarias en apoyo de la reforma en los términos descritos (Seelye KQ, 2009).

Sin embargo, tales contribuciones, lo mismo que un compromiso no bien precisado de recorte de gasto de 80 billones (americanos) de dólares en este sector para favorecer la reforma, sólo se han hecho posibles una vez que esta industria obtuvo, en negociaciones previas sólo hechas públicas después de haber llegado a acuerdos en las mismas, las garantías de que no se tocarían los mecanismos que garantizan principalmente los beneficios del sector en aquel país⁴⁰⁹; entre ellos, de manera destacada, que los sistemas de cobertura pública que allí existen (principalmente Medicare) mantuvieran la prohibición legal de negociar a la baja con la industria los precios de los productos que se consumen bajo ese régimen en función de la posición de fuerza que se deriva de la amplitud de la población cubierta⁴¹⁰. Además, la industria

⁴⁰⁹ Se puede ver a este respecto, por ejemplo: Cohn (2009). También Grim (2009).

⁴¹⁰ Esta prohibición legal está vigente desde 2003, año en el que, bajo el primer mandato del segundo presidente Bush, se aprobó una ley que permitió ampliar la cobertura del coste de los medicamentos para la población incluida en Medicare a través de planes específicos de cobertura de esta prestación, que, en todo caso, como sesgo añadido, deben ser contratados con las compañías de seguro privadas que constituyen planes específicos en esa materia. Como se ha demostrado posteriormente, el resultado ha sido que los planes constituídos a esos efectos, además de otros efectos negativos derivados de la

exigió el compromiso de mantenimiento de un plazo de protección de doce años para las patentes biotecnológicas (Rey del Castillo, 2009 c), y ha planteado la retirada o modificación de las ayudas previstas si ese plazo se pone en cuestión (Rey del Castillo, 2010; Wilson, 2010) .

De los mecanismos de influencia utilizados por la industria farmacéutica en ese caso concreto considero de interés destacar dos aspectos: el primero de ellos, la referencia a que la influencia política del sector se produce de manera importante a través de conversaciones y negociaciones que no son públicas, aunque lo sean los resultados de su realización. Esa condición en este caso recuerda los mecanismos descritos para llegar a acuerdos con el gobierno en el caso español, cuyos efectos negativos a medio plazo, y sobre todo la ausencia de alternativas para orientar las políticas, he comentado ya en el caso de nuestro país. Esa situación, que incluye mecanismos de influencia a través de relaciones poco transparentes, es común también a otros países. A este respecto se puede ver también, por ejemplo, el reciente informe del Parlamento británico sobre la industria farmacéutica en aquel país (House of Commons Health Committee, 2005)⁴¹¹.

complejidad de su funcionamiento, suponen unos costes (incluidos los copagos) por precios de los medicamentos significativamente superiores a los que se incurren por otros sistemas públicos que, como el que cubre a los veteranos del ejército (VHA), sí disponen de esa capacidad de negociación (Atherly, 2009). Esta situación provoca sobrecostes innecesarios añadidos que, sin embargo, no se han querido poner tampoco en cuestión en esta ocasión, a pesar de la situación de gasto del sistema sanitario americano. Sobre los sobrepagos pagados por Medicare como resultado de la prohibición expresa de la negociación por su parte de los precios con la industria farmacéutica se pueden ver, por ejemplo: Families USA. (2007): *No Bargain. Medicare Drug Plans Deliver Higher Prices*. También Common Dreams (2005): *Drug Prices in Medicare Plans are 48% higher than Veteran's Prices*. Por otra parte, el sesgo “pro-industria” que supuso la legislación citada queda más aún de manifiesto si se considera que con la legislación citada alrededor de 6 millones de norteamericanos que recibían la prestación farmacéutica a través de Medicaid, un programa dirigido a los pobres que puede negociar los precios de los medicamentos con la industria, fueron derivados al nuevo programa de cobertura farmacéutica de Medicare, en el que, como he indicado, está expresamente vetada la negociación de precios. (Ver Herszenhorn, 2009).

⁴¹¹ En otro texto referido a la misma cuestión (Abraham, 1995; p. 83) se afirma que “*La evidencia sugiere que el sesgo corporativo en el diseño de la regulación de este sector ha sido mucho más amplio (aún, cabría decir) en el Reino Unido que en los Estados Unidos. Los orígenes del Ministerio de Sanidad británico indican que las autoridades reguladoras de este país se crearon bajo una condición de sesgo corporativo favorable a la industria mucho mayor que el original Departamento de Vigilancia Química en los Estados Unidos*”. De la respuesta en términos de regulación de los productos dada por los gobiernos británico y norteamericano a las crisis sanitarias generadas por el uso de determinados medicamentos como la sulfanilamida o la talidomida, que están en el origen de las regulaciones iniciales orientadas a garantizar la seguridad de los productos, se deduce también en el mismo texto que el Gobierno británico protegió de manera menos intensa los intereses de los consumidores británicos que lo hizo con sus ciudadanos el Gobierno de los Estados Unidos, y que el sesgo “proindustria” del primero de esos gobiernos no es sólo una situación actual, sino que tiene su bases en las fases iniciales de desarrollo y regulación de este sector.

El segundo aspecto a destacar en el caso norteamericano es la “constitucionalización” de mecanismos dirigidos a ejercer directamente la influencia sobre los legisladores, de manera que las normas que se aprueben sean acordes con los intereses del sector⁴¹². Se trata en aquel caso de los llamados “lobbies”, que dirigen su actuación a influir sobre el sentido del voto de los legisladores mediante la contribución a sus campañas electorales. Por supuesto, no se trata de un mecanismo original y específico de la industria farmacéutica, ni siquiera de los sectores industriales en general: existen “lobbies” que representan a organizaciones ecologistas (recuérdese la película *El presidente y Miss Wade*), de consumidores, o de cualquier otro sector. Sin embargo, la capacidad de influencia de unos y otros es muy diversa en relación con la capacidad económica de cada organización.

Diferentes medios de comunicación han hecho públicas las contribuciones recibidas de los lobbies sanitarios (que según algunas noticias son los que de entre todos los sectores industriales más dedican a financiar ese tipo de actividades de influencia⁴¹³) por los representantes de las distintas comisiones que están discutiendo las diferentes propuestas de reforma. Las informaciones demuestran el escaso grado de independencia real de aquéllas en sus discusiones⁴¹⁴, una cuestión a la que ya me he referido en la nota 350 anterior

Para Paul Krugman, el reciente Premio Nóbel de Economía, el papel de los lobbies sanitarios ha sido uno de los cambios más relevantes que se han producido en el sistema sanitario norteamericano. Una situación que, por dificultar de manera sustancial cualquier reforma en ese sistema, llevan al autor a añorar de manera paradójica las posibilidades de reforma existentes en la época de un presidente tan escasamente

⁴¹² El ejercicio de la influencia por parte de los legisladores no se refiere sólo al contenido de las normas en cuya elaboración y aprobación participen. Se extiende también a las presiones que pueden llegar a ejercer sobre los organismos administrativos, como la FDA norteamericana, con objeto de lograr la autorización de la comercialización de productos concretos, o de acelerar los trámites para lograr tal autorización. Un ejemplo reciente se puede ver en : NYTimes (Editorial). (2009). *Science and Lobbying at the FDA*. En la editorial se comenta la “presión extrema” ejercida ante la FDA por dos senadores y dos congresistas, todos ellos demócratas, de New Jersey, receptores también todos ellos de subvenciones sustanciosas para sus campañas electorales más inmediatas, para lograr la autorización de un dispositivo dirigido a subsanar los problemas de los meniscos de rodilla; un dispositivo que había sido creado por una empresa del Estado citado, que en los ensayos clínicos previos no había demostrado las necesarias condiciones de seguridad y eficacia para su aprobación por el procedimiento común.

⁴¹³ Ver por ejemplo Renick Mayer (2009). “Health, Energy and Finance Sectors Dominate 2nd Quarter Lobbying”.

⁴¹⁴ Ver, por ejemplo Eggen D. (2009 b). *Industry is Generous To Influential Bloc*; en fecha más reciente se ha publicado otro informe, titulado “*Curious Clusters of Cash: Major Lobbyist-Client Connections among Health Care Interests*” (Open Secrets, 2009), centrado en los componentes del Comité de Finanzas del Senado norteamericano, que ha elaborado una primera propuesta de ley en la segunda parte, postveraniega, de desarrollo del debate sobre la reforma.

valorado como Richard Nixon, durante cuya presidencia, y ante la inexistencia de los “lobbies” sanitarios, se dieron, a su juicio, mayores posibilidades reales de reforma en este sector, una posición a la que también me he referido en la nota 350 (p.623) anterior.

Aunque los sistemas electorales son distintos en Europa, y las posibilidades y mecanismos de influencia sobre los legisladores son, en consecuencia, necesariamente diferentes, la constitución de “lobbies” se ha extendido a Bruselas en el proceso de construcción europea, siendo el farmacéutico un terreno abonado para el ejercicio de esas influencias, por la tendencia manifiesta a llevar a cabo una regulación homogénea de este sector que facilite el libre comercio a nivel europeo.

En cuanto a la existencia de relaciones poco transparentes entre los gobiernos y la industria, desde el punto de vista político se ha considerado por algunos autores que las mismas socavan la propia democracia⁴¹⁵.

En un sentido diferente, algunos defensores del libre mercado atribuyen a la intervención política en diferentes mercados, entre ellos de manera destacada el sanitario, a través de esas relaciones, acuerdos (como ejemplo los acuerdos alcanzados con la industria farmacéutica que condicionan los límites de la reforma sanitaria americana) y regulaciones, la protección de los intereses de determinados grupos, que se aprovecha para lograr el apoyo de éstos las reformas que en cada caso interesan a los políticos. Se trataría de esa forma, según estas posiciones, de una “politización” no debida de la economía, como si el mercado fuera virtuoso por sí mismo, al revés que la política en sí, y las reformas políticas en el sector sanitario, como en otros, pudieran y debieran defenderse “*por su propios méritos*” (¿), al margen de los condicionantes que suponen los intereses reales, ajenos a los de la estricta organización de los servicios sanitarios, pero íntimamente vinculados con ellos, existentes en el sector⁴¹⁶.

La realidad de esos intereses relacionados debería, por el contrario, a mi juicio, llevar a plantear que las políticas sobre los servicios sanitarios no deben seguir siendo

⁴¹⁵ En referencia a los acuerdos previos a la reforma norteamericana alcanzados con la industria en aquel país, a los que me he referido antes, se puede ver Reich (2009).

⁴¹⁶ En un artículo que defiende esa posición (Cowen, 2009) se afirma que “*Deberíamos dejar de utilizar los favores políticos como un medio para manejar un sector. Desgraciadamente, sin embargo, la experiencia reciente con la reforma sanitaria demuestra que nos estamos moviendo en la dirección opuesta y no haciendo caso a las lecciones básicas derivadas de la crisis financiera. Las finanzas y la atención sanitaria son dos cuestiones separadas, por supuesto, pero en ambos casos estamos incurriendo en el error común de andar buscando protección política duradera para determinados grupos de interés. Un suceso perturbador tuvo lugar este verano, cuando se informó que la administración Obama había formalizado acuerdos con los médicos y las empresas farmacéuticas bajo la condición de que darían apoyo público a la reforma sanitaria. Se trata de otro ejemplo de creación de beneficiarios favorecidos a través de la política*”

consideradas de manera exclusiva como una cuestión de cohesión y protección social, gestionada y planteada en consecuencia tan sólo por los sectores de las administraciones públicas encargados de la gestión de ese sector. Por el contrario, las políticas en éste, entendidas en el sentido amplio indicado, deberían ser el objeto de la atención preferente desde los ámbitos económicos de los gobiernos, y de los gobiernos en su conjunto, que resulta correlativa a su condición de sector preferente de desarrollo y área de actividad de los sectores industriales que ocupan en el momento actual los primeros lugares en términos de rentabilidad y posibilidades de futuro. Ese enfoque global debería a la vez preservar la capacidad de influencia de los sectores de las administraciones que llevan a cabo la gestión de los servicios sanitarios públicos; influencia que debería ejercerse ante todo y de una manera muy específica mediante el “poder de compra” que caracteriza a los servicios públicos sanitarios, que no debe subordinarse a la influencia ejercida desde los proveedores por vías habitualmente poco transparentes sobre otros sectores de la propia administración.

Por algunos politólogos⁴¹⁷ se ha destacado que la regulación en el sector farmacéutico no puede entenderse sólo como una respuesta más o menos eficiente a las características del contexto económico y social del desarrollo de este sector, y en concreto a los intereses agrupados de las empresas productoras, sino que debe explicarse también atendiendo a las características de las redes institucionales más complejas en las que tienen lugar las políticas referidas al mismo. Redes de las que forman parte agentes diversos, entre otros, conforme a los planteamientos de la teoría de la elección pública (“public choice”), los propios reguladores; o las organizaciones de consumidores, las ONGs, que intervienen de manera activa en el debate sobre la (restricción de la) preservación de los derechos de las patentes en el contexto de la globalización, o incluso los diferentes sectores que existen dentro de la producción (laboratorios innovadores frente a productores de genéricos, una distinción de límites móviles y difusos en muchos casos, dadas las transformaciones que se están produciendo dentro del propio sector).

A este respecto, no se puede poner en duda la existencia de múltiples agentes que intervienen e influyen sobre las políticas sanitarias en general y las farmacéuticas en

⁴¹⁷ Se pueden ver al respecto las presentaciones de los profesores David Taylor, de la Universidad de Londres, y Laura Chaqués, de la Universidad de Barcelona, tituladas respectivamente “*The politics of Biopharma. Neocorporatism or networks?*” y “*Some comments on the politics of biopharma*”, en la Jornada sobre Ciencia Política y Política Sanitaria: Reforma, gobernanza y legitimación social de la Sanidad Pública en el Reino Unido y en España, organizada por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad en la Residencia de Estudiantes de Madrid el 17 de Noviembre de 2008.

particular. Tampoco que un análisis de las características del desarrollo de cada uno de esos agentes en cada país puede contribuir a explicar y comprender mejor las diferencias observables entre distintos países en la regulación específica de estos sectores productivos. En todo caso, de cara al análisis de las políticas sanitarias de un país, lo que resulta más relevante es la neta asimetría a favor de los sectores productores farmacéuticos y de tecnologías sanitarias que, con arreglo a los patrones y por los mecanismos explícitos o menos transparentes que he descrito previamente, se da actualmente en capacidad de influencia sobre la determinación de esas políticas. Un dato que diferencia con claridad la situación que se daba cuando se crearon otros servicios universales de salud y cuando se creó y se ha desarrollado el Sistema Nacional de Salud español, que debe ser tenido en cuenta de manera significativa si se buscan razones para justificar su evolución y su actual situación.

c.2) El desarrollo de otro grupo económico de interés activo: los seguros médicos privados.

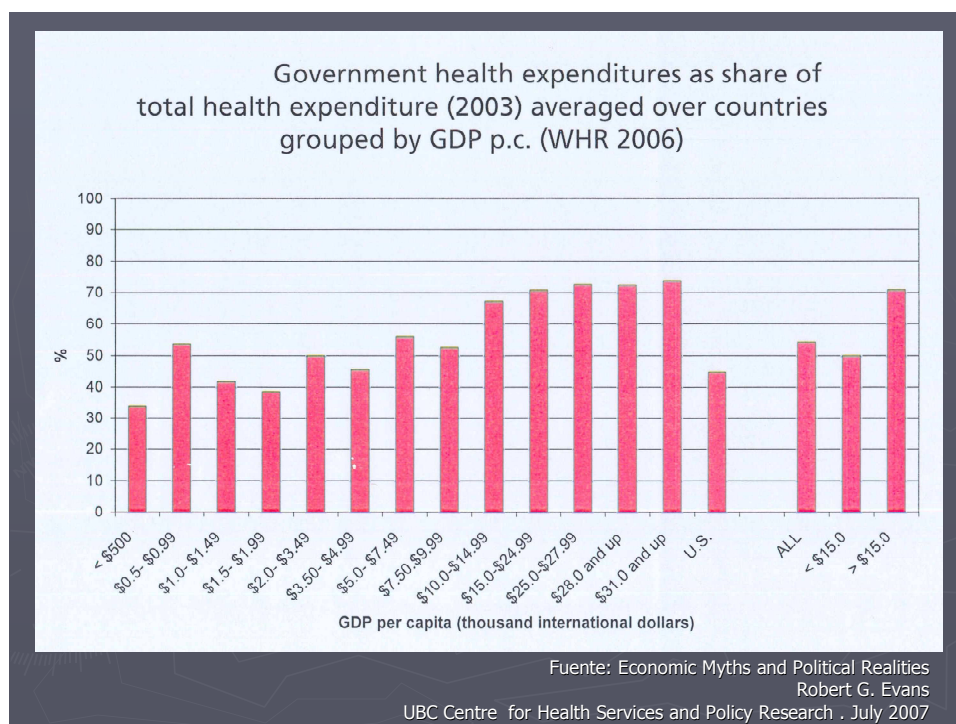
Otra de las situaciones diferenciales de la época en la que se constituyeron los primeros servicios sanitarios públicos universales y el momento en el que se constituyó el SNS español es la existencia de potentes compañías de seguros médicos privadas en esta última época. Una situación que, en todo caso, hay que referir principalmente a los Estados Unidos, y que tiene también su reflejo en las comparaciones sobre gasto sanitario que se pueden realizar entre los servicios de salud de distintos países.

Una primera expresión del desarrollo peculiar de los seguros médicos privados en aquel país se puede observar si se compara la proporción que supone el gasto sanitario público sobre el gasto sanitario total en cada país. Esta relación, como se puede observar en el gráfico 16, sigue un patrón semejante al descrito en un apartado anterior para la relación entre nivel de renta (ó PIB) per cápita y gasto capitativo total en salud: no es posible establecer un patrón de relación por debajo de determinados niveles de riqueza, pero a partir de cierto nivel (en este caso los 7.500 dólares de PIB (GDP) per cápita) a mayor nivel de riqueza es mayor también la proporción de gasto público sobre el gasto sanitario total⁴¹⁸. Una relación que refleja el recurso por parte de todos los

⁴¹⁸ La tendencia a converger entre 1975 y 2005 en este patrón de gasto en términos de porcentaje de gasto público sanitario con respecto al gasto sanitario total o de gasto público sanitario en relación con el PIB de cada país ha sido puesta de manifiesto en un trabajo reciente, en el que se llega también a la conclusión de que se puede observar el mismo patrón para subgrupos más pequeños de países, y para períodos de tiempo más cortos. Por otra parte, en el mismo trabajo se considera que la disminución de las diferencias

países desarrollados a constituir servicios públicos de salud (siguiendo modelos distintos) como instrumento para hacer accesible la atención sanitaria a toda la población.

Gráfico 16. Gasto público sanitario como porcentaje del gasto sanitario total en 2003 en grupos de países clasificados según PIB per cápita.

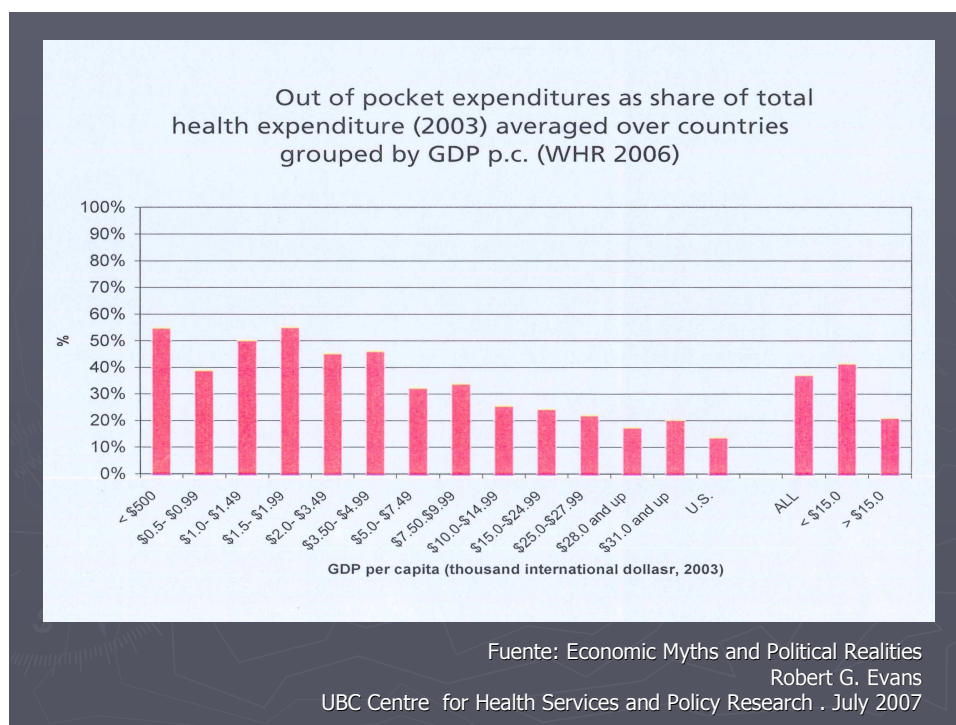


Como en el caso de la relación anterior, aunque con sentido inverso en este caso, los Estados Unidos se salen de esa relación, siendo su proporción de gasto público sobre el gasto sanitario total, pese al elevado volumen de éste, equivalente (poco mas del 40%) a la proporción que se da en países de desarrollo económico muy inferior.

Por otra parte, esa reducida proporción no se debe a la aportación directa de los usuarios al gasto sanitario: si se observa el gráfico 17, en el que se refleja esa relación para distintos países según nivel de riqueza , los Estados Unidos no sólo no rompe, sino que incluso supera en términos de reducción más marcada que la que le correspondería, la pauta que se pone de manifiesto en este caso, conforme a la cual son los países con nivel de riqueza más reducido aquéllos en los que se aporta una proporción personal más elevada, que ronda el 50%, al conjunto del gasto sanitario de cada uno.

en gasto sanitario entre países favorece la movilidad individual del personal laboral y supone un apoyo a los procesos de armonización económica (Leiter, 2009).

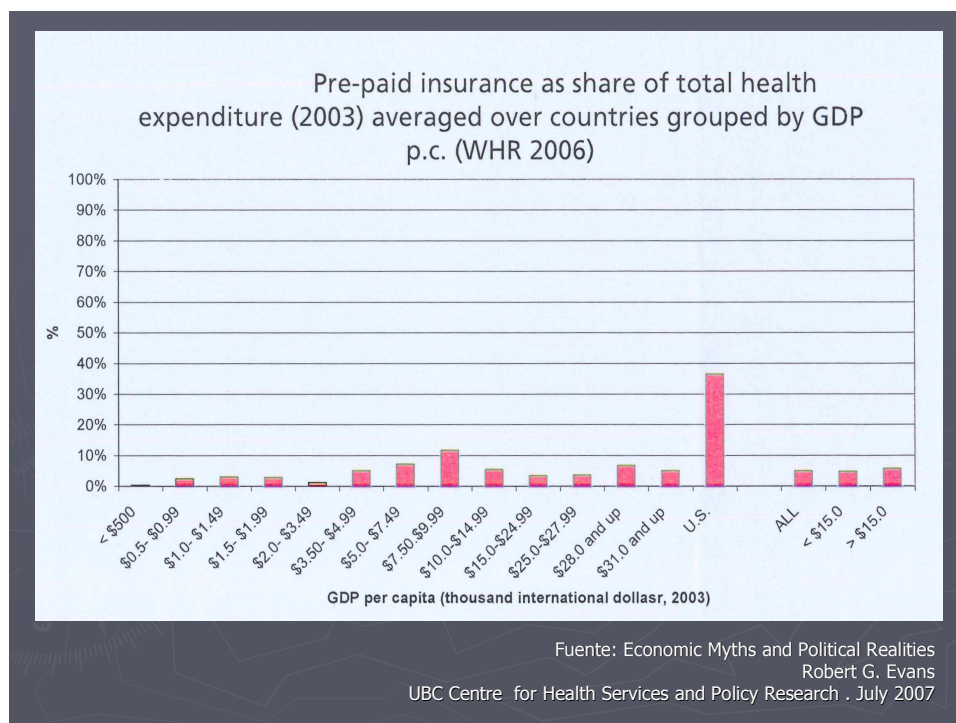
Gráfico 17. Aportaciones de los usuarios (“out of pocket expenditures”) como proporción del gasto sanitario total en 2003 en grupos de países clasificados según PIB per cápita.



La explicación de ese conjunto de situaciones se obtiene con el gráfico 18: en promedio, y con escasas desviaciones, todos los países, con independencia de su nivel de riqueza, cubren alrededor de un 5% de su gasto sanitario total con el realizado a través de seguros sanitarios privados. En este sentido no hay diferencias significativas, aunque las explicaciones según nivel de riqueza puedan ser diferentes: en los países más pobres, no hay capital suficiente como para constituir seguros privados por una parte suficientemente amplia de la población; por el contrario, en los países más ricos, la atención sanitaria está mayoritariamente cubierta de manera satisfactoria con los sistemas públicos de atención constituidos. Incluso en los configurados como sistemas de Seguridad Social con cajas de seguro, la condición de éstas es que, como se ha recordado por diversos analistas en relación con la reforma sanitaria americana que se está debatiendo⁴¹⁹, estén constituidas como entidades públicas o en todo caso sin ánimo de lucro, lo que las excluye del cómputo y los mecanismos de funcionamiento propio de los seguros privados de salud.

⁴¹⁹ Las condiciones de constitución de los seguros sociales sanitarios en los países europeos y en otros países desarrollados están ampliamente analizadas en Saltman (2004).

Gráfico 18. Gasto en seguros sanitarios privados como proporción del gasto sanitario total en 2003 en grupos de países clasificados según PIB per cápita.



Como se puede observar en la figura, la única excepción a esa regla general son los Estados Unidos, donde un 36,5% del gasto sanitario total se cubre a través de los seguros privados. Esta parte tan importante del gasto se corresponde con la modalidad de la cobertura sanitaria existente para la mayoría de los trabajadores activos de ese país, que se realiza a través de las pólizas suscritas por una buena parte de las empresas, en especial las de mayor tamaño, con alguna de las más de 4.000 compañías de seguro sanitario privadas existentes en aquel país.

Este sistema fragmentado de organización y financiación de la cobertura sanitaria de tan sólo una parte de la población, está en relación con la alta proporción (más del 15% del total) de población sin cobertura alguna⁴²⁰. Pero también está en relación con la incapacidad del sistema sanitario de controlar la escalada de su gasto sanitario, a cuyo incremento contribuyen de manera específica el crecimiento sin control del precio de las pólizas⁴²¹, así como el gasto administrativo que genera ese sistema

⁴²⁰ De este grupo forman parte principalmente los trabajadores de empresas de pequeño tamaño, que no tienen capacidad para pagar esas pólizas para sus trabajadores, o éstos renuncian a la cobertura a cambio de mayor salario. Los más pobres están cubiertos, aunque de manera variable conforme a los límites igualmente variables que se cambian periódicamente, y que son establecidos por los Estados, para ser atendidos por Medicaid.

⁴²¹ Según un informe reciente de la Kaiser Family Foundation, una entidad privada sin relación con la aseguradora Kaiser Permanente, (*HRET Employer Health Benefits Survey*), el precio promedio de las pólizas en los Estados Unidos se incrementó entre 1999 y 2009 en un 131%, pasando de suponer 5.791

fragmentado, no integrado y variable (se cambia de cobertura cuando se cambia de empresa, o se pierde la cobertura si el destino es el paro⁴²²) de organización de la atención⁴²³. Por su parte, la ausencia de cobertura sanitaria de un porcentaje tan

dólares anuales en el primero de esos años a 13.375 en el último, a un ritmo promedio de incremento del 13% anual. Entre 2008 y 2009 el ritmo de crecimiento se redujo al 5% (Claxton, 2009). Se puede ver también el gráfico 19 en el que la evolución de los precios de las pólizas se compara con el nivel de inflación). En todo caso las previsiones del primer informe citado apuntan a que, si como parece probable, el ritmo de crecimiento se mantiene, en 2019 el promedio del precio de las pólizas alcanzaría los 30.800 dólares, una cifra calificada como “espeluznante” por el propio informe y por algunos medios de comunicación (Editorial NYTimes, 2009). La consecuencia del aumento del precio de las pólizas es, como se puede ver en el gráfico 20, tomados también del informe de la Kaiser Family Foundation, la desafección progresiva de los planes de seguro para los trabajadores por parte de un número creciente de empresas (la General Motors comenzó a negociar hace meses la reducción o desaparición de las pólizas para sus trabajadores como parte de su plan de viabilidad, y venía solicitando desde hace años un aseguramiento público), o el aumento de la aportación por parte de los propios trabajadores.

⁴²² Ver Pear (2008) “*When a job disappears, so does Health Care*”. En el artículo se informa de que a aquella fecha el número de desempleados había aumentado un 36% (de 7,5 a 10,3 millones) desde enero del mismo año, la mayoría de los cuales habían pasado a aumentar el número de *uninsured*. Ese número ha ido aumentando a lo largo de este año de crisis, lo que ha contribuido a agravar este problema en coincidencia con las reformas que pretenden darle solución.

Un informe reciente del Departamento del Tesoro norteamericano (“*The Risk of Losing Health Insurance Over a Decade: New Findings from Longitudinal Data*”. Treasury Department, 2009) daba cuenta en al fecha indicada de que el 48% de la población americana ha estado sin cobertura en algún momento de los últimos diez años, el 41% de ese 48% por un período superior a seis meses en esos diez años, y el 36% por al menos un año. El 57% de los norteamericanos de menos de 21 años ha estado sin cobertura en algún momento en esos mismos diez años; lo mismo que el 53% d la población que vive en zonas rurales, y el 45% de los que tienen unos ingresos entre 50.000 y 100.000 dólares anuales. Un 32% de las personas que han tenido cobertura durante un año completo la pierden durante algún plazo en los nueve años siguientes.

⁴²³ En cuanto al gasto administrativo generado por un sistema de esas características se pueden ver numerosos trabajos de Woolhandler S. y Himmelstein DU. publicados en las revistas New England Journal of Medicine e International Journal of Health Services a lo largo de los últimos quince años. Del titulado *Costs of Health Care Administration in the United States and Canada* (publicado por los dos autores citados junto con Campbell T. en el NEJM (Woolhandler, 2003) he extraído la tabla 40, en la que se comparan los costes administrativos per cápita en los dos países citados, que, pese a su proximidad geográfica, se diferencian netamente por disponer el segundo de un sistema público de cobertura universal y financiado por impuestos generales, conocido como Medicare, en coincidencia nominal pero no en cuanto a amplitud de la cobertura ofrecida ni en la organización con el que cubre a los ancianos en USA. Del mismo trabajo está extraído la tabla 41 siguiente, en la que se observa el porcentaje creciente a lo largo de treinta años del personal administrativo respecto al total empleado en el sector sanitario en los Estados Unidos, una de las razones que justifican el crecimiento global del porcentaje del gasto administrativo en el gasto sanitario total. Del Informe de la Kaiser Family Foundation citado antes está extraído el gráfico 21 siguiente, en el que se observa el coste creciente del gasto administrativo por persona asegurada en las compañías de seguro privadas entre 1986 y 2007.

Pese a la coincidencia de ese patrón de gasto del sistema sanitario americano, que refleja un gasto desproporcionado en administración, con el que se refleja en las comparaciones de servicios sanitarios a partir, por ejemplo, de la estadísticas sanitarias de la OECD, hay observadores norteamericanos que tratan de desacreditar trabajos como los citados como base para el diseño de las reformas sanitarias en ese país. Resultan curiosos en ese sentido los comentarios respecto a las propuestas de reforma del presidente Obama que eran formuladas por quien no llegó a ser su Secretario de Estado de Sanidad, el demócrata Tom Daschle, que las había formulado en un libro titulado *Critical: What We Can Do About the Healthcare Crisis* (Daschle, 2008). En comentarios a ese texto, un análisis del mismo publicado en la revista Health Affairs (Goldsmith, 2008) se señalaba que “*cualquier libro sobre política sanitaria escrito por un Demócrata necesita al menos tres ingredientes clave: ...2)Una mención de la ampliamente desacreditada ficción creada por Himmelstein y Woolhandler según la cual el 31% de los costes sanitarios en los Estados Unidos se deben a “administración” (para un análisis más riguroso puede*

importante de la población se ha puesto en relación con un aumento significativo de la mortalidad⁴²⁴.

Esa forma peculiar de organización de la protección sanitaria, basada ante todo en la cobertura de la población trabajadora por parte de compañías de seguros privadas y en relación con el trabajo mediante pólizas contratadas en su mayoría por las empresas, es exclusiva de los Estados Unidos, y no tiene comparación con la existente en ningún otro país desarrollado.

verse el trabajo de 2007 del Instituto Global McKinsey Accounting for the Cost of Healthcare in the United States" (McKinsey Institute, 2007).

Como ocurre en otros debates sanitarios de base económica, las diferencias de criterio citadas no tienen tanto una base metodológica como sirven de soporte a propuestas políticas diferentes.

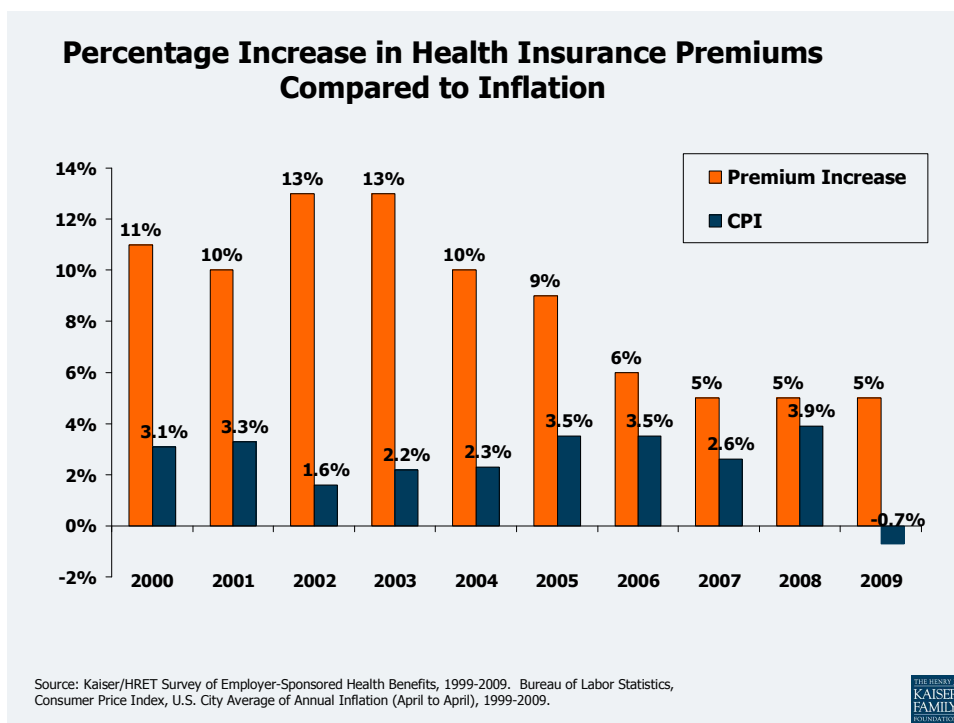
En relación con la distribución del gasto de las compañías aseguradoras, algunos trabajos recientes publicados en relación con la reforma sanitaria han puesto de relieve dos datos de interés: -en primer lugar, la difícil valoración de las cuentas de las empresas del sector, que incluyen datos curiosos, como el que los pagos por tratamientos sanitarios que deben afrontar están incluidos en una partida que se denomina como "Porcentaje en Pérdidas Médicas" (Medical Loss Ratio), que para hacerla más presentable (la denominación supone que los pagos a médicos, hospitales y otros proveedores de asistencia sanitaria se consideran "pérdidas" para la compañía que los afronta) ha pasado a traducirse para su presentación ante el público como "Porcentaje de beneficios sanitarios" (Reinhardt, 2009 a). En ese mismo trabajo se estiman los gastos en marketing y administración de una compañía concreta (Well Point Inc), en el 14,7% de las primas pagadas. Para otras empresas examinadas en el mismo trabajo (Aetna; United Health Group), aunque el desglose es distinto, los gastos en administración varían entre el 20 y el 30% de los ingresos obtenidos con las pólizas. El mismo autor cita datos de la revista Fortune para señalar que los beneficios de las empresas de este sector después de impuestos se movieron en 2008 en torno al 2,2% de sus ingresos por pólizas, cifra que en años mejores se ha podido elevar hasta un valor entre el 3 y el 5% (Reinhardt, 2009 b). Todo ello debe en todo caso ponerse en el contexto de la difícil y opaca contabilidad del sector.

-la segunda cuestión, que refleja de manera indirecta los gastos en esas áreas en que deben incurrir las empresas del sector, es la demanda de que se reduzca la obligación impuesta en Marzo de 2008 por un "Consejo del Seguro Sanitario Sostenible" ("Council of Affordable Health Insurance") para que el 70% de las primas recogidas por las pólizas individuales se dedique a beneficios sanitarios (el concepto señalado antes como "pérdidas medicas"). La asociación de las compañías aseguradoras ha solicitado a través de su página web que ese porcentaje se reduzca a una cifra entre el 55 y el 65% de ese concepto, razonando que *"a no ser que se permita a estas compañías dedicar un porcentaje del 35 al 45% de las primas a marketing, comisiones a los agentes, administración, otros gastos, y beneficios, esas compañías no podrán desarrollarse adecuadamente en ese sector"*. (Reinhardt, 2009 c).

Por otra parte, la denominación de los pagos sanitarios como "pérdidas" parece algo más que un "acto fallido" que se trata de ocultar, para reflejar la actitud de las compañías en relación con los asegurados en aquel país: no sólo se trata de la "selección adversa" de pacientes, escogiendo a lo menos susceptibles de incurrir en gasto como un elemento a manejar en la competencia por la captación de clientes. Otras modalidades para la obtención de beneficios incluyen la rescisión de las pólizas cuando se demanda el pago de una prestación que sobrepasa los costes estimados como adecuados, una situación que se ha denunciado sobrepasa los límites que hasta ahora se consideraban razonables y que afecta hasta al 50% de los grupos de población que presentan cuentas de atención más elevadas (ver la referencia a esta cuestión en Krugman (2009 c). O el rechazo habitual de las reclamaciones para el pago de determinadas prestaciones. Que esas actitudes tienen un reflejo en la cultura popular de ese país queda de manifiesto en algunas películas comerciales producidas en el mismo: así, Veredicto Final (Sydney Lumet, 1982), protagonizada por Paul Newman, o las más reciente Legítima Defensa (Francis Ford Coppola, 1997), protagonizada por Matt Damon.

⁴²⁴ Wilper (2009). Recogido por Abelson (2009 b).

Gráfico 19. Incremento porcentual anual de las primas de aseguradoras privadas en los Estados Unidos comparado con la inflación entre 2000 y 2009.



En la publicación del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios a la que he aludido en una nota anterior se describen el papel y la organización de los seguros privados en los países europeos y en los desarrollados en general en los que existen sistemas públicos de protección que cubren de una u otra manera a la casi totalidad de la población bajo tres modalidades posibles distintas⁴²⁵:

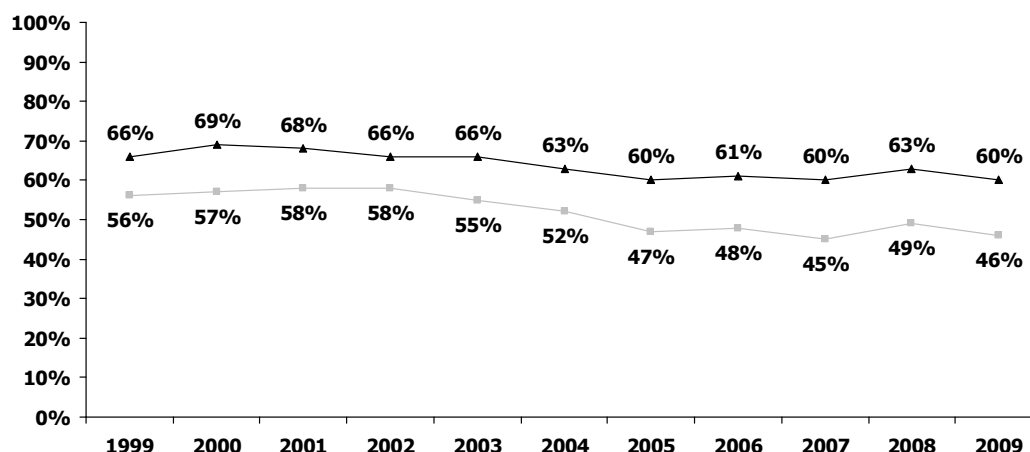
-la primera, su funcionamiento como *alternativa* a los acuerdos para alcanzar el aseguramiento social obligatorio. Se trata de una modalidad restringida a tan sólo dos países de los que disponen de sistemas de Seguridad social (con caja aseguradora única) o seguros sociales (con cajas diferentes), en concreto Holanda y Alemania, y aún dentro de éstos, a grupos muy limitados de población. En el primero de ellos, algunos grupos restringidos de población que no están cubiertos por los seguros públicos pueden optar por buscar su cobertura en los seguros privados. En el caso de Alemania, los límites para optar por la cobertura privada son de carácter económico, de manera que la población por encima de cierto nivel (elevado) de ingresos puede optar por asegurar su cobertura a través de compañías de seguro privadas. En todo caso hay que destacar que se trata de sistemas “de Seguridad Social”, en los que la garantía de la protección

⁴²⁵ *Social health insurance systems in western Europe.* (Saltman, 2004; p.227). El capítulo 10 de la obra (p. 227-247) se dedica por completo a “*The role of private health insurance in social health insurance countries*”.

sanitaria no está vinculada a la condición de ciudadanía, como ocurre en los países dotados de servicios nacionales de salud.

Gráfico 20. Evolución del porcentaje de todas las empresas y de empresas de entre 3 y 9 trabajadores que ofrecieron cobertura sanitaria privada a sus empleados en los Estados Unidos entre 1999 y 2009.

Percentage of All Firms Offering Health Benefits, 1999-2009*



*Tests found no statistical differences from estimate for the previous year shown ($p < .05$).

Note: Estimates presented in this exhibit are based on the sample of both firms that completed the entire survey and those that answered just one question about whether they offer health benefits.

Source: Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits, 1999-2009.



- la segunda modalidad supone su funcionamiento *suplementario* con respecto al aseguramiento público, de manera que en este caso los seguros privados cubren los servicios habitualmente no cubiertos por los seguros públicos, como la atención dental para adultos, la cirugía “cosmética”, o incluso en algunos países donde esta modalidad está más desarrollada, los medicamentos homeopáticos. Dentro de esta grupos hay algunos países concretos, como Francia o Bélgica, donde los seguros suplementarios pueden contratarse para cubrir los copagos que se dan en esta clase de sistemas; se trata de una modalidad que se ha criticado de manera específica por suponer la ruptura de los incentivos a la limitación del consumo que pretenden significar los propios copagos, sin que esa crítica haya conseguido hasta ahora la desaparición de esa modalidad de “reaseguro”. En otro país precisamente muy cercano a los Estados Unidos, Canadá, está prohibida la actividad de los seguros privados en los ámbitos de la atención cubierta por los seguros públicos, como instrumento dirigido de manera precisa a evitar la competencia entre los dos ámbitos de cobertura, en la que los seguros privados pueden

recurrir a instrumentos (principalmente la selección adversa de pacientes, pero también la selección de ámbitos materiales o geográficos de cobertura más rentables para las aseguradoras privadas) a los que no pueden recurrir los seguros públicos, sobre los que carga la responsabilidad de mantener la universalidad de la protección (Canadá dispone de un modelo específico y propio de servicio nacional de salud).

Tabla 40. Comparación entre los costes de administración en la atención sanitaria en los Estados Unidos y Canadá en 1999.

Table 1. Costs of Health Care Administration in the United States and Canada, 1999.		
Cost Category	Spending per Capita (U.S. \$)	
	United States	Canada
Insurance overhead	259	47
Employers' costs to manage health benefits	57	8
Hospital administration	315	103
Nursing home administration	62	29
Administrative costs of practitioners	324	107
Home care administration	42	13
Total	1,059	307

Fuente: Woolhandler(2003). NEJM, 349 (8): 768-775.

-la tercera modalidad puede calificarse como *complementaria*. En ella no existe la prohibición existente en Canadá para desarrollar la protección aseguradora privada en los mismos ámbitos que la que ejercen el o los seguros públicos, pero no existe competencia entre ellos, y la suscripción de pólizas de seguro privadas por quien desea hacerlo no exime de la contribución al sostenimiento de los sistemas públicos del país respectivo en la forma que a cada uno le corresponda. Lo que no exime de que un planteamiento recurrente sean las exenciones fiscales aplicables a las aportaciones realizadas a los seguros privados, con el argumento de que con ellas se libera a los

sistemas públicos de la responsabilidad el tratamiento de las personas acogidas a esos sistemas, una demanda con respuesta variable entre países, o incluso con el curso del tiempo en un mismo país.

Tabla 41. Evolución del personal administrativo como porcentaje del total de personal empleado en el sector sanitario en los Estados Unidos entre 1969 y 1999.

Table 2. Administrative and Clerical Personnel as a Percentage of the Health Care Labor Force in the United States, 1969 through 1999.*	
Year	Percentage of Health Care Labor Force
1969	18.2
1974	21.2
1979	21.9
1984	23.9
1989	25.5
1994	25.7
1999	27.3

* Calculations exclude insurance-industry personnel.

Fuente: Woolhandler (2003). NEJM, 349 (8): 768-775.

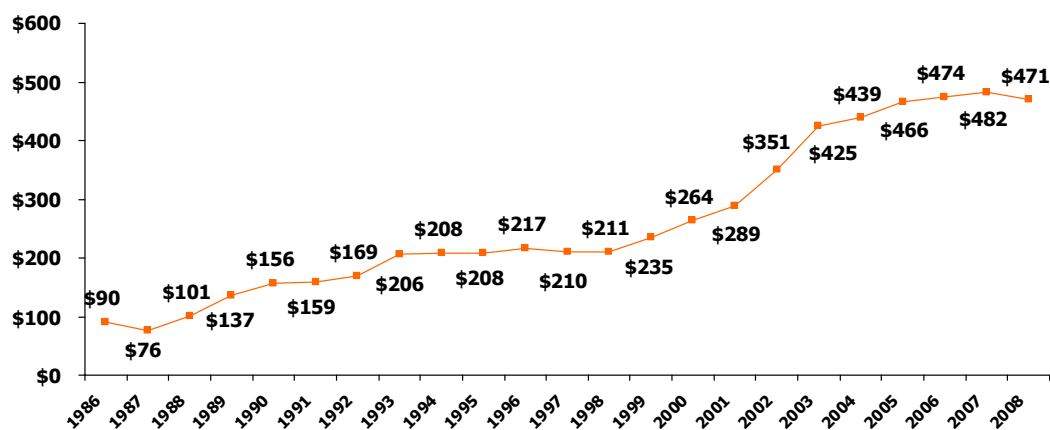
Sean unas u otras las formas de restricción que se dan en los distintos países, una consecuencia común es que tanto el número de compañías privadas de seguro sanitario existentes en cada uno de ellos, normalmente hasta hace poco tiempo de ámbito nacional, es muy limitado: frente a las más de 4.000 compañías de seguro sanitario existentes en los Estados Unidos⁴²⁶, en un informe reciente relativo a la situación en el

⁴²⁶ Algunas como entidades sin ánimo de lucro; algunas incluso pertenecientes a los sindicatos, de cuyos consejos de administración forman parte representantes “profesionales” de éstos, que se oponen así también a las medidas de reforma que puedan poner en peligro su situación; pero mayoritariamente sin esa condición sin ánimo de lucro. Una calificación que es contradicha por otros informadores del propio sector (ver, por ejemplo, www.nonprofithealthcare.org/resources) caracterizando la pertenencia a ese grupo por la ausencia de accionistas; una situación que sería semejante a las de la Mutuas españolas, que obvia situaciones como las descritas antes de los beneficios proporcionados a sus administradores y

Reino Unido (Foubister, 2006), para Junio de 2004 se baraja (p. 57) la cifra de 27 aseguradoras privadas, de las cuales sólo 19 eran además proveedoras de servicios, mientras que las restantes se dedicaban a una labor de pura intermediación.

Gráfico 21. Evolución de los costes administrativos por persona cubierta en el aseguramiento privado en los Estados Unidos entre 1986 y 2008.

Private Health Insurance Administrative Costs per Person Covered, 1986-2008



Notes: These data show the net cost of private health insurance per private enrollee (including Blue Cross/Blue Shield, commercial insurance, HMOs, and self-insured plans), as calculated by the Centers for Medicare and Medicaid Services. Net cost of insurance is the difference between premiums earned and benefits incurred, and includes insurers' costs of paying bills, advertising, sales commissions, and other administrative costs; net additions/subtractions from reserves; rate credits and dividends; premium taxes; and profits or losses. Private enrollment is estimated by CMS using the National Health Insurance Survey and the Current Population Survey.

Source: Kaiser Family Foundation calculations NHE data from Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/> (see Historical; National Expenditures by type of service and source of funds, CY1960-2008, file nhe2008.zip, Admin. & Net Cost of Priv. Hlth Insurance, Pvt Health Insurance); and private health insurance enrollment data from Centers for Medicare and Medicaid Services, Office of the Actuary, National Health Statistics Group, Table 4 at <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData/downloads/bhg08.pdf>.



Según se indica en ese trabajo (Foubister), “*históricamente la cobertura sanitaria privada ha sido realizada mayoritariamente por asociaciones de proveedores radicadas en el propio Reino Unido (cuyos beneficios recaían sobre la propia asociación, más que en accionistas)*”⁴²⁷. El desarrollo industrial más importante de los años 90 fue la entrada en el mercado de aseguradoras comerciales, tanto propias del Reino Unido como de otros países. Al principio de los años 90 las aseguradoras

gestores, o los procesos de fusión que se están produciendo entre ellas, con la constitución de entidades netamente privadas.

⁴²⁷ Serían semejantes a las “cooperativas” que se están barajando ahora en la reforma sanitaria americana como alternativa a la creación en aquel país de una aseguradora pública para el público en general, al margen de Medicare y Medicaid.

comerciales suponían un 9% del mercado de estos servicios; en 1998 eran ya el 22%, y al final de la década alcanzaban el 50%” (Foubister, 2006; p. 56-57).

Sin embargo, esa evolución no ha supuesto un aumento significativo de la población acogida a esa modalidad de seguro privado, que en la práctica habría que calificar como *complementaria* según la clasificación anterior, pues el NHS sigue siendo responsable de la cobertura sanitaria de toda la población: según datos del mismo informe (p. 50), en 2001, sólo un 2,7% de las personas entre 16 y 24 años compraban seguros privados a nivel individual, cifra que ascendía a casi el 8% entre los 55 y los 64 años, al 6,6% para el grupo de edad de 65 a 74 años, para descender al 3,8% en la población de edad superior a esta última.

La aparición de seguros “corporativos” (contratados por las empresas para sus empleados) a partir de principios de los años 90 supuso un repunte momentáneo en la contratación de seguros privados. Pero esa tendencia no se ha ampliado, y la cifra se mantiene desde aquella época, con escasas oscilaciones, entre el 7 y el 8% de la población adscrita a esos sistemas, con una cifra global (añadiendo los seguros contratados de manera individual) ligeramente superior al 11% de la población, con tendencia a decrecer desde mediados de los años 90 (p. 55).

Los niveles de adhesión a los seguros privados en ese país aumentan en relación con el nivel de ingresos, aunque los niveles más altos se separan de este patrón, y recurren a la atención estrictamente privada (p. 51). Lo mismo ocurre con el nivel educacional (p. 52). Como consecuencia de los patrones de contratación descritos, los empleados por cuenta ajena son el grupo social con promedios más altos de protección, por encima de los trabajadores autónomos y de los que carecen de trabajo (p. 52).

Una observación significativa del mismo trabajo es que la distribución geográfica de la contratación de seguros privados en el Reino Unido tiende a aumentar en relación con el porcentaje de médicos, especialmente cirujanos, que a nivel de cada región tienen contratos a tiempo parcial con el NHS (p. 47); una situación que deriva de que allí, como ocurre en otros países con sistemas públicos potentes, son escasos los médicos que se mantienen al margen del sistema público como principal y más segura fuente de ingresos y dedicación. Pese a todo, en el mismo trabajo se pone en evidencia que, en el caso británico, el aumento de las denostadas listas de espera desde los años 90 no ha supuesto detener el declive de la tendencia reductora de la contratación de seguros privados, pese a que la mayoría de la población mantiene a lo largo del tiempo una escasa expectativa de la mejora de la situación de las primeras (p. 48).

Las políticas de incentivos fiscales mediante la reducción de las cantidades pagadas por primas a las compañías de seguro privadas de las bases de cotización de los impuestos, aplicadas en aquel país a los mayores de 60 años, pese a tener un impacto recaudatorio fiscal valorable, se han demostrado poco efectivas para inducir la suscripción de seguros privados; lo que se atribuye a una escasa elasticidad en la demanda de éstos por los grupos descritos que se adhieren de manera preferente a su suscripción (p. 48-49). No se ha demostrado tampoco que la retirada de esos incentivos provoque un aumento de la demanda sobre el NHS de una cuantía económica similar a la reducción de la recaudación que suponía su mantenimiento previo.

Aunque no dispongo de estudios tan profundos sobre la situación de los seguros sanitarios privados en otros países, de manera global sí se puede afirmar que la existencia de una protección sanitaria pública universal o casi universal, como ocurre en la mayoría de los países desarrollados, con la excepción de los Estados Unidos, ha supuesto hasta ahora un freno manifiesto al desarrollo del aseguramiento privado de carácter comercial en esos países, y ha provocado que las empresas más potentes del ramo sean las norteamericanas.

De esta condición se deriva que aquéllas, que son las que cubren a la mayoría de la población norteamericana, incluso a una parte de la que está incluida en Medicare a través de sistemas específicos de gestión de la cobertura bajo este régimen público y parcial de protección, son agentes políticos muy activos en aquel país en defensa de sus propios intereses, y sobre todo para evitar que cualquier forma de aseguramiento público para la población general pueda romper la situación de monopolio de la protección de esos grupos de población que detentan en el momento actual.

Las modalidades bajo las que ejercen su influencia sobre el sistema político norteamericano son semejantes a las que he descrito en el caso de las empresas del sector farmacéutico y de las tecnologías sanitarias: de una parte, la constitución de *lobbies* para influir sobre los legisladores y los reguladores está tan extendida en este caso como en el del sector farmacéutico, y las mismas referencias que he aportado en aquel caso sirven para acreditar esa situación.

Pero, por otro lado, desde las agrupaciones de empresas de este sector se pretenden utilizar los mismos mecanismos de negociación opaca y previa a los compromisos legislativos y de reforma que describía en el caso del sector anterior. En alguno de los artículos que he publicado en fechas recientes haciendo el seguimiento de la evolución de las propuestas de reforma del sistema sanitario americano (Rey del

Castillo, 2009 c)) he incluido la referencia a los acuerdos previos al debate de las propuestas de reforma que se han presentado en el Congreso y en el Senado que se alcanzaron entre la Casa Blanca y la representación de las aseguradoras, unos acuerdos que han limitado y configurado hasta las últimas fases del debate, todavía no finalizado cuando escribo estas líneas, el contenido de las propias reformas propuestas⁴²⁸.

El objetivo principal de las aseguradoras en esos acuerdos previos era excluir del horizonte de la reforma la propuesta de la “opción pública” (de creación de una aseguradora pública que compita con las privadas, una competencia que parece ser la menos deseada por éstas)⁴²⁹. Por el contrario, las mismas apoyaban decididamente en el mismo pacto la imposición de la obligación de asegurarse por todos los ciudadanos que carezcan de protección como consecuencia o en relación con su trabajo, bajo la amenaza de sanciones económicas para quien no hiciese efectiva esa obligación. De imponerse esta medida, las aseguradoras se verían beneficiadas por el aumento de la suscripción de las nuevas pólizas, con independencia de que éstas debieran ofrecer una cobertura más “básica” y un rango de precios menor.

Los cambios que se han ido produciendo en la tramitación de la reforma, que han supuesto entre otras cosas la reducción de las sanciones previstas para quienes no hicieran efectivo el cumplimiento de la obligación citada, han servido de excusa formal para el cambio de posición de las aseguradoras en relación con la reforma, de la que han pasado a ser los más claros opositores⁴³⁰, como ya ocurrió con la reforma que trató de

⁴²⁸ Sobre el triunfo de los intereses de las aseguradoras privadas que han supuesto los acuerdos previos alcanzados se puede ver Terhune (2009). La explicación de la posición inicialmente favorable a la reforma por parte de las compañías aseguradoras se puede también ver en Cohn (2009).

⁴²⁹ Entre las posibilidades barajadas para sustituir esa “opción” se han incluido otras de dudosos efectos: la referencia a la creación de “cooperativas”, que parece descartada o con escasos efectos reales en cuanto a la capacidad de extender la protección a grupos más amplios de población en competencia con las aseguradoras privadas; la llamada “opción trigger”, esgrimida en fechas más recientes por la única senadora republicana que votó en el Comité de Finanzas del Senado por una propuesta demócrata formulada en dicho Comité, que se aprobó el 14 de Octubre (el término se podría traducir como “disparador” o “desencadenante”, y supone someter a una prueba temporal la actitud de las aseguradoras privadas en el sentido de no establecer mecanismos de exclusión de su cobertura a precios razonables por razones de enfermedad previa u otras circunstancias, de manera que se facilite la ampliación de la cobertura por parte de la población ahora carente de ella. De no alcanzarse el objetivo, que no se ha precisado en términos concretos hasta ahora, daría lugar a la “opción pública”). Por su parte el presidente Obama ha venido excluyendo de sus intervenciones la referencia a la mencionada “opción pública” (así ha ocurrido en su alocución al Congreso de 9 de Septiembre, donde trataba de retomar la iniciativa de la reforma tras el verano, y son reiteradas sus manifestaciones de que la “opción” no es la pieza definitoria de la reforma (ver Connolly C. *White House aides reaffirm public option is not mandatory*. The Washington Post, October 19, 2009. Accesible en <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/story/2009/10/18/ST2009101802263.html?sid=ST2009101802263>).

⁴³⁰ Ver, por ejemplo, Connolly (2009). También Budoff Brown (2009). o Alonso-Zaldívar (2009). En estos últimos artículos se informa del movimiento realizado por las aseguradoras como instrumento para restar apoyo a la reforma que pretende la extensión de la protección sanitaria, haciendo público,

promover en los años 90 del siglo anterior el presidente Clinton. El resultado final de la confrontación, motivada por las diferencias en ese punto más la presión de determinados sectores del partido Demócrata por resucitar la “opción pública” en la fase final de la tramitación de la reforma, no está todavía definido a la hora de escribir estas líneas. Lo que las pugnas en torno a esas cuestiones traduce en todo caso es la voluntad decidida de las compañías aseguradoras por intervenir de manera significativa en la configuración del sistema sanitario de aquel país.

Siendo en todo caso la situación de las compañías de seguros sanitarios una peculiaridad del país norteamericano, la adquisición de un poder económico creciente por parte de las mismas determinó hace ya años su intento de expandir su ámbito de negocio a otros países.

Ocurrió así en muchos países latinoamericanos, que con el impulso y en el contexto de los programas de desarrollo promovidos por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo patrocinaron reformas sanitarias en distintos países del área en la línea de la introducción de la competencia entre centros, que sirvió para intentar la introducción de las compañías norteamericanas a través de éstos en los sistemas sanitarios de esos mismos países⁴³¹. A falta de análisis más profundos se podría caracterizar que el resultado final de esos movimientos no ha sido capitalizado, al menos de manera preferente, por las compañías norteamericanas, sino, como ha ocurrido en países como Chile o Brasil, pese a las diferencias que existen entre ellos, por compañías aseguradoras creadas en los propios países (las llamadas ISAPRE en Chile, creadas bajo el régimen dictatorial y golpista del general Pinochet, que funcionaron sin ninguna clase de control desde el Gobierno, hasta el primero democrático, en 1991. En Brasil carecen de un nombre específico, pero algunas de ellas están participadas en proporciones importantes por compañías americanas (ver en este sentido la referencia a Waitzkin et al. contenida en la nota anterior).

En el funcionamiento más habitual de esos sistemas coexisten las aseguradoras privadas, que alcanzan siempre en mayor o menor proporción⁴³² a los grupos de

difundiendo y apoyando las conclusiones de un informe elaborado por la consultora Price-Waterhouse-Cooper en el que se pretende demostrar que las medidas para extender la cobertura promovidas en las reformas legales que están siendo todavía discutidas conllevarían un aumento de los precios de las pólizas suscritas de manera privada por aquéllos que no están incluidos en las suscritas por los trabajadores por las empresas; un argumento que ha sido rebatido por otros observadores (Reinhardt, 2009 a, b y c).

⁴³¹ Puede verse a este respecto Waitzkin (2001). También Armada (2001).

⁴³² En Chile la cobertura privada alcanzó hasta el 26% de la población en 1997, para descender después hasta el 16% en 2008, mientras la cobertura del sistema público ha crecido al 73%. En Brasil, el 25% de

población de mayor capacidad económica, con sistemas públicos para los grupos de población menos favorecidos. La coexistencia de ambos sistemas, y en ese contexto la invocación de la protección sanitaria universal como derecho vinculado a la condición de ciudadanía, facilita la parasitación del sistema público por las aseguradoras privadas y sus beneficiarios, que recurren a los servicios públicos para las intervenciones más complejas o costosas con objeto de evitar respectivamente los gastos en esas áreas o los copagos habituales en los sistemas privados de protección.

En el caso de los países del Este europeo, la quiebra de los sistemas “socialistas”, que preveían la existencia de sistema de protección sanitaria universal con modelos planificados que se asemejaban en buena parte a los Servicios Nacionales de Salud, supuso también la quiebra de esos modelos. En esa situación, los mismos organismos internacionales a los que he aludido antes encontraron el terreno abonado para patrocinar el desarrollo de modelos cercanos a los sistemas de Seguridad Social, pero en exclusiva para la población empleada⁴³³, en los que, sin embargo, de manera característica no se han puesto en general límites específicos a la participación de aseguradoras y cadenas de hospitales privadas, incluyendo las de otros países.

Pero donde la acción de las aseguradoras norteamericanas ha adquirido un desarrollo más coherente y explícito, implicando también en el mismo a su propio Gobierno, ha sido, lo que podría parecer paradójico, en el ámbito de los países europeos más desarrollados, asociados buena parte de ellos en la Unión Europea: como vienen advirtiendo algunos autores desde hace tiempo⁴³⁴ la Organización Mundial de Comercio venía discutiendo desde hace años con escasa publicidad propuestas formuladas por la representación norteamericana en esa Organización para incluir los servicios sanitarios entre las materias a las que aplicar las reglas del libre comercio reguladas por los tratados del GATS (siglas correspondientes a la denominación en inglés, General Agreement on Trade in Services, del Acuerdo General sobre Comercio en los Servicios). Con independencia de lo que estas propuestas supondrían para los países en desarrollo⁴³⁵, en los que el gasto público no alcanza el 50% del gasto sanitario de cada país, lo que estas propuestas implicarían para los países europeos, en los que esa proporción es, como he indicado antes, netamente superior, sería abrir la cobertura y la

la población tiene cobertura privada, mientras que el 75% restante está cubierto por el Sistema Único de Salud, que es público. Datos extraídos de Mesa-Lago (2009).

⁴³³ Pueden verse a este respecto Depper (1996) o Marrée (1997).

⁴³⁴ Ver Pollock (2000). En la misma revista, The Lancet (2000).

⁴³⁵ Puede verse a este respecto Mutchnick (2005).

provisión de servicios públicos sanitarios de cualquiera de ellos a la libre competencia de compañías privadas aseguradoras y cadenas de hospitales del mismo y de otros países, incluido por supuesto el norteamericano, donde esas empresas están especialmente desarrolladas, acabando así con el monopolio asegurador y asistencial en el territorio de cada uno de esos países que ha venido ejerciendo en la práctica cada sistema sanitario público respectivo en cada país de ese área.

La exclusión hasta ahora de los servicios públicos, también los sanitarios, de los acuerdos del GATS citados obedecían a dos clases de razones: en primer lugar, se trataba de servicios prestados por los Estados en el ejercicio de su autoridad (de hecho, el “monopolio de la beneficencia”, en detrimento del “monopolio de la violencia”, había pasado a ocupar un lugar principal en la justificación de su constitución como Estados); por otra parte, la inclusión de los distintos sectores de actividad económica en los acuerdos citados se hacía (y se sigue haciendo) por voluntad expresa de los gobiernos, la mayoría de los cuales, en especial los europeos, habían optado por excluir esos servicios del ámbito del libre intercambio económico más general.

Las circunstancias económicas mencionadas han cambiado: las tendencias en la organización de los servicios públicos, incluidos también los sanitarios, han supuesto en buena parte de los países, como he descrito, la introducción de medidas de competencia en los mismos y la apertura a la participación de proveedores, y en algún caso aseguradores, privados, lo que resta fuerza al argumento de la provisión pública de aquéllos como limitación para la libre competencia. De otro lado, la posición de los gobiernos, y aún más de la Comisión europea, que está patrocinando una directiva para la liberalización de los servicios a este nivel, ha cambiado también. No sólo la posición americana, sino también la de diferentes gobiernos europeos, y la de la propia Comisión, se inclinan ahora a permitir la inclusión de cláusulas que no sólo no restrinjan la competencia en estos servicios, sino que incluso la fomenten, con el objetivo supuesto de aumentar su eficiencia.

En aplicación de esas nuevas posiciones, sobre las que todavía no se ha llegado a un acuerdo en la OMC (ni en la Directiva de servicios europea citada), se trataba inicialmente de modificar ciertos artículos de los acuerdos, de manera que se incluyera un “test de necesidad” de las limitaciones a la competencia en los servicios que permitiera restricciones a la misma sólo cuando no hubiera medidas alternativas menos lesivas para la libre participación de las compañías del propio o de otros países en la cobertura y la provisión sanitaria, siendo el interés de esas compañías el objeto

prioritario a proteger. Pero si se llega a establecer un mercado libre de nivel europeo de estos servicios⁴³⁶, eso provocaría también una modificación de los artículos que sería necesario sustituir en los tratados, a cuya modificación original la representación europea en la OMC había dado ya su visto bueno, simplificando probablemente el procedimiento a seguir.

Las razones para el desarrollo de esas medidas, que se han potenciado también en los tratados comerciales suscritos en otros ámbitos geográficos⁴³⁷, son de raíz netamente económica: en el momento actual los servicios sanitarios, junto con otros componentes del sector terciario de la economía, están sustituyendo a la industria manufacturera como fuente principal de beneficios. La exportación de servicios, incluídos los educativos y los sanitarios, ha venido contribuyendo a una tercera parte del crecimiento económico de los Estados Unidos antes de la crisis, y supone también una cuarta parte del total de las exportaciones de la Unión Europea. Por otra parte, las previsiones que se formulan acerca de los sectores económicos de probable desarrollo

⁴³⁶ Una referencia al significado, el sentido y las consecuencias de esa liberalización se puede encontrar en el artículo de Lethbridge al que se alude en la nota siguiente.

⁴³⁷ Así ocurrió, por ejemplo, hace más de diez años en el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA, conforme a las sigla inglesas del North America Free Trade Agreement) a instancias también del gobierno norteamericano en representación de sus compañías, lo que se ha extendido después al Tratado de Libre Comercio de las Americas (FTAA, Free Trade Agreement of the Americas). Las consecuencias para los servicios sanitarios de esos países se pueden ver en San Sebastián (2004). Como se indica en el artículo, a la vista de lo suscrito en el primero de esos tratados, que afecta además de los Estados Unidos también a Canadá y Méjico, *“una vez que un gobierno decide desregular y privatizar un servicio público como la sanidad, la educación, los servicios sociales o el suministro de agua o electricidad, es virtualmente imposible para el mismo revertir esa decisión, porque los pagos compensatorios establecidos en el capítulo 11 del NAFTA resultarían excesivamente costosos para el gobierno correspondiente. Por ejemplo, bajo el NAFTA Canadá ha perdido ya su control soberano sobre sus recursos energéticos, y existe la amenaza de que pierda también su capacidad para proteger el uso del agua de ser explotado comercialmente... Algunas provincias canadienses han comenzado a permitir a compañías privadas con ánimo de lucro competir con los hospitales públicos para obtener financiación pública por la prestación de los servicios sanitarios. Aunque en teoría el gobierno podría volverse atrás en la contratación de los servicios con las compañías privadas, el mismo gobierno debería afrontar la compensación de los demandas de los inversores extranjeros por las pérdidas presentes y futuras”*. A este último problema se alude también en numerosos trabajos del Canadian Centre for Policy Alternatives, accesible en www.policyalternatives.ca.

La irreversibilidad de estas disposiciones ha sido también determinante para modular la respuesta general a dar a una sentencia (Chaouly frente a Quebec) mediante la que un ciudadano de esa provincia vió reconocido su derecho a recurrir a la atención privada con financiación pública al no ver satisfecha su demanda de atención en el tiempo deseado como consecuencia de las listas de espera a las que debía someterse para ser intervenido. De reconocerse ese principio de manera general, se considera por algunos que tal reconocimiento resultaría en la ruptura de los principios generales en los que se basa el sistema sanitario canadiense (Editorial CMAJ, 2005; Flood, 2005; McFarlane, 2005), a los que he aludido en la parte descriptiva de este trabajo, más aún dada su proximidad a los Estados Unidos, lugar de desarrollo preferente de los seguros y proveedores privados. Otros observadores, por el contrario, consideran que la sentencia abre el campo al reconocimiento de un sexto principio básico, el de recibir asistencia en un tiempo adecuado, que se debería añadir a los cinco principios ya comentados en los que se basa el sistema sanitario canadiense (Monahan, 2006). La aproximación pragmática del reconocimiento de límites en los tiempos de espera de determinadas intervenciones se puede ver en McIntosh (2006).

prioritario en el futuro incluyen a la industria de los seguros privados de distinto tipo, también los sanitarios⁴³⁸, un ámbito que se caracteriza por la acumulación de capital en pocas manos que se adecua a la perfección al capitalismo financiero que domina esta fase de desarrollo del sistema global, frente al que es cada vez menos eficaz la intervención de los reguladores públicos, en especial en un contexto globalizado.

En la fase más inmediata, en el caso de las compañías de seguros norteamericanas se trata además de un área de actividad en la que se centran los esfuerzos de los gobiernos que quieren limitar el incremento de costes, como demuestran los movimientos que se están produciendo en la fase final del proceso de reforma sanitaria promovido por el Presidente Obama, a los que me he referido más arriba. Como consecuencia, son estas mismas compañías las que presionan a sus gobiernos para poder contribuir a mantener sus niveles de beneficio expandiéndose a otros países.

Todo ello configura al sector asegurador privado, o a las grandes cadenas privadas de hospitales, como un segundo agente externo a los sistemas sanitarios públicos que, sin embargo, junto con las industrias de tecnologías sanitarias, más va a resultar determinante en la configuración de aquéllos, una situación por completo distinta de la que existía cuando esos sistemas se crearon.

c.3) La situación española en relación con los agentes económicos con mayor capacidad de influencia sobre los sistemas sanitarios.

Definidos éstos en los apartados anteriores, a lo que se trata de hacer alusión aquí es a la posición en la que se encontraban las administraciones públicas españolas para su relación con ellos en el momento de la constitución inicial del SNS y en su desarrollo posterior.

Las carencias de las políticas farmacéuticas ya constatadas en los apartados descriptivos previos permiten ya sugerir que esa posición no era, y no es todavía en el momento actual, una posición de fuerza como para poder contrarrestar la influencia de los sectores más influyentes en ese campo.

Pero, más allá de esa constatación en ese terreno concreto, parece interesante subrayar aquí una situación estructural que es común a los órganos de la Administración

⁴³⁸ Ver, por ejemplo, el capítulo 4 (*“La primera ola del futuro: el hiperimperio”*; p. 153-187 de la edición española) del ensayo de Jacques Attali (2006) *Une brève histoire de l’avenir*, en el que se prevé que el mercado se impondrá a la democracia en un plazo no más allá de cincuenta años.

que determinan la orientación principal de las políticas farmacéuticas y las del sector asegurador, incluidos los seguros sanitarios. Unos y otros se podrían caracterizar por el rasgo común de situar los órganos de gobierno principales correspondientes a la regulación de unas y otras políticas al margen del Ministerio de Sanidad, bajo la dependencia o la influencia principal de los Ministerios Económicos (el de Economía y Hacienda, que ha ido variando su organización de esas dos competencias, uniéndolas a veces y en otras separándolas) o el de Industria, sea cual sea su denominación.

En el caso de las políticas farmacéuticas, el mejor ejemplo de ello es la constitución de la Comisión interministerial que fija los precios de los medicamentos, en la que, aunque está formalmente adscrita al Ministerio de Sanidad, intervienen de forma mayoritaria desde el punto de vista numérico los otros dos departamentos citados. Con independencia de la discusión acerca de la efectividad de regular los precios de esos productos, un debate que excede los ámbitos de nuestro país (Anderson, 2003; Bloom, 2000; Danzon, 2000, 2003, 2006, 2008; Mestre-Ferrándiz, 2005; Siva, 2009; Sood, 2009), en nuestro caso no se trata, sin embargo, tan sólo de un problema cuantitativo de composición de la Comisión, sino también del cometido de ésta. Su función, conforme a lo indicado en las disposiciones legales a las que me he referido en los apartados descriptivos previos, no es establecer los precios de los medicamentos para el consumo general, algo en lo que podría ser razonable considerar una presencia determinante de los departamentos que enfocan la cuestión como relacionada principalmente con el desarrollo económico en general y el industrial de ese sector en concreto, sino, de manera precisa, “los precios aplicables en el Sistema Nacional de Salud”. Las relaciones con los proveedores de los productos farmacéuticos por parte de quien es en España el principal consumidor de los mismos se ven así subordinadas de hecho a decisiones que son el resultado de negociaciones que, como ya he descrito, y en lo que coincide nuestra situación con la de otros países, no son públicas, y responden a consideraciones distintas a las de lograr su mejor uso en beneficio de toda la población cubierta por el Sistema. Éste, por el contrario, se ve así privado de poder establecer una negociación abierta en la que utilizar el poder derivado de su posición mayoritaria como comprador.

Lo mismo ocurre en el caso de los seguros privados, también los sanitarios, cuyas políticas de precios en general, pero también las que se refieren a los contenidos de las pólizas de cobertura, así como las garantías y condiciones de su prestación, se regulan por una Dirección General adscrita a uno u otro Ministerio económico, que sólo

ha venido contando tradicionalmente con el de Sanidad para valorar las peticiones de alza de precio de las pólizas justificadas por supuestos aumentos de la cobertura material de las mismas sobre la base de la adición de alguna nueva prestación.

Por otra parte la situación de los seguros privados en España ocupaba ya una posición inédita respecto a la de los países de nuestro entorno en el momento de la Transición: nuestro país era el único en el que compañías de seguro privadas participaban en la gestión de la protección sanitaria pública de un grupo de población. Eso es lo que venía ocurriendo, como he descrito en diferentes ocasiones en este trabajo, en la prestación sanitaria de la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado desde la constitución de su régimen especial de Seguridad Social, lo que se extendió a los funcionarios de la Administración de Justicia cuando se constituyó su propio régimen especial de protección.

A los efectos de lo que comento aquí, lo de menos es que, según los propios constituyentes de ese sistema en el ámbito de la función pública, éstos se vieran obligados inicialmente a hacerlo así después de que quienes dirigían el sistema de la Seguridad Social general en aquel momento se negasen a incluir a esos grupos de población en el sistema de atención sanitaria general alegando las insuficiencias de la red sanitaria de ésta⁴³⁹. Lo importante de esa situación, fuera pretendida o casual y ajena a la voluntad de los que la iniciaron, es que se consolidó después como una situación permanente por quienes disponían de ese acceso a una red de atención diferente, sin tener que renunciar por ello, por cómo se constituyó el régimen específico de atención, al recurso a la red sanitaria pública cuando fuera necesario. Lo que puede ocurrir para disponer de mayores garantías sanitarias en situaciones en que se precisase una atención más compleja, o porque las compañías privadas concertadas no hubieran desarrollado en general, o en territorios concretos, la totalidad de los medios necesarios para prestar por completo la atención.

La dependencia de las decisiones que afectan a esa situación de otros Departamentos ministeriales añadidos a los señalados antes, el que en cada caso ejerciera las responsabilidades sobre los funcionarios correspondientes (Presidencia o Administraciones Públicas, más en todo caso Justicia), ha venido siendo desde siempre una base añadida sobre la que asentar decisiones que han llevado a resultados cuando menos contradictorios o de difícil justificación.

⁴³⁹ Esta descripción está tomada de la realizada en la revista MUFACE por el que era el gestor de la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado en aquel momento.

Así ha ocurrido, por ejemplo, en el caso de la concertación de las Mutualidades citadas con las compañías de seguros que prestan la atención a cuantos funcionarios se decanten en cada caso por esa opción, en teoría en todo el territorio nacional. Ninguna de las compañías correspondientes dispone de una red propia desarrollada en todo el territorio que permita prestar la atención a lo largo y ancho de la totalidad de aquél; por el contrario, esas compañías, como se observa en otros países y resulta acorde con su lógica, despliegan sus inversiones y medios tan sólo en las zonas en las que, sobre la base de un número de clientes potenciales suficiente, pueden obtener una rentabilidad adecuada a su inversión. Puesto que esas perspectivas sólo se abren de manera adecuada en zonas más pobladas, y en general en medio urbano, son amplias las partes del territorio en las que las compañías no disponen de medios personales y materiales, incluso de los niveles más básicos, para prestar la atención. La situación se viene resolviendo desde hace años mediante al recurso a un “reaseguro” asistencial, que se logra mediante la firma de conciertos anuales de cada uno de los servicios autonómicos de Salud con las compañías privadas para que los primeros presten la atención a la población cubierta por las segundas en ejercicio de la protección pública delegada que llevan a cabo en los territorios en los que se da la situación descrita de carencia de medios por parte de aquéllas. Lo que convierte a las propias compañías en intermediarios por completo innecesarios para llegar a la situación de que sean los mismos servicios públicos generales los que prestan la atención a esos grupos de población, permitiendo a la vez no poner en cuestión el mantenimiento general de la capacidad de opción entre la red pública y la privada para recibir la atención sanitaria que caracteriza a ese régimen especial de protección.

Por otra parte, la persistencia durante más de treinta años de las condiciones peculiares de ese régimen especial de atención en el que la protección vinculada a la cobertura pública se ejerce por compañías privadas ha tenido otros dos efectos derivados: el primero de ellos, que el mantenimiento de la mayoría de las compañías privadas de seguro en nuestro país, al menos de las más importantes, se encuentre estrechamente vinculado al ejercicio de la protección pública de al menos un parte de la población, al margen de cuyo ejercicio los datos son tercos en confirmar que en España, como en otros países que disponen de sistemas públicos sanitarios potentes, es difícil lograr una expansión significativa de los seguros sanitarios privados. La única compañía que en España se ha mantenido al margen de esa política ha sido Sanitas, vinculada a la británica BUPA, que durante años ha tenido problemas de supervivencia más o menos

explícitos, y que ha vinculado en parte su recuperación al establecimiento de pólizas específicas en áreas de atención, como la bucodental, que no están plenamente cubiertas en el Sistema Nacional de Salud.

El segundo efecto se está empezando a ver en estos últimos años: se trata de la expansión de la participación de las compañías privadas en la gestión de lo público a otras modalidades de actuación, en concreto la gestión de centros de la red pública mediante la aplicación de formas específicas de la PFI. En este caso la construcción de los centros correspondientes se lleva a cabo por grupos de empresas de las que forma parte una aseguradora privada, que es la que luego, manteniendo o no la unión temporal de empresas constituida para ese fin inicial, desarrolla la gestión del centro construido, cuyo pago se lleva a cabo mediante el pago de un canon acordado por la prestación de los servicios acordados en cada caso.

El primer centro que se acogió a esta fórmula de construcción y encargo de la gestión fue, como he descrito en apartados previos que tuvo lugar a mediados de los años 90, el llamado Hospital de la Ribera, en Alzira, siendo ADESLAS, una compañía que también está concertada con las Mutualidades antes citadas, la que desde entonces realiza su gestión. La iniciativa se promovió por el gobierno del PP en la Comunidad valenciana, que no dudó en modificar el contrato inicial al cabo de poco tiempo para incluir en el mismo el añadido de la gestión de la atención primaria del área adscrita al hospital, lo que tuvo lugar a demanda de la propia gestora. Ese contrato se ha seguido de otros bajo la misma fórmula para la construcción nuevos centros en otras localidades (los de Torrevieja, Denia, Elche y Manises en la propia Comunidad Valenciana, y el de Torrejón en la CA de Madrid⁴⁴⁰). Ni en el modelo inicial descrito ni en ninguno de sus

⁴⁴⁰ El modelo de accionariado de las empresas correspondientes es siempre en estos casos el mismo: en él participa en primer lugar en una proporción variable una entidad denominada Ribera Salud (45% en el Hospital de Alzira; 50% en el de Torrevieja; 35% en el de Denia; 60% en el de Elche; 40% en el de Manises; 60% en el de Torrejón). Esa entidad está constituida a su vez al 50% por las Cajas valencianas Bancaja y Caja de Ahorros del Mediterráneo. La entidad participa también de manera mayoritaria en Erescanner, una sociedad que tiene reservado el monopolio de la realización de resonancias magnéticas para los hospitales públicos de la Comunidad valenciana, que ser ven así desprovistos de la gestión directa de este recurso, y BR Salud, que gestiona en San Sebastián de los Reyes un laboratorio central para seis hospitales madrileños.

El segundo componente, que proporciona la originalidad (y el peligro para el sistema público constituido como tal) a este “modelo de PFI español”, es la presencia en el accionariado de una compañía de seguros privada en proporción igualmente variable: se trata de ADESLAS (51%) en el Hospital de Alzira; ASISA en los de Torrevieja (35%), Elche (40%) y Torrejón (25%); DKV (65%) en el de Denia, y SANITAS (60%) en el de Manises.

Un tercer componente que no existe en todos los casos es una empresa constructora, siempre en proporción muy minoritaria: FCC tiene un 5% del accionariado en Torrejón y Lubasa y Dragados tienen un 4% en el de Alzira. Empresas de otros sectores distintos participan en algunos de esos centros de forma igualmente minoritaria.

desarrollos posteriores se ha puesto en cuestión su aplicación desde ninguna instancia estatal o autonómica, pese a su cuestionable conformidad con los límites legales establecidos para la utilización de formas de gestión diferentes en los centros sanitarios, incluso en los términos previstos en la Ley 15/1997, a lo que me he referido en los apartados previos.

El modelo se ha trasladado en los últimos años a la Comunidad de Madrid bajo el gobierno actual del PP, en el que el cargo de Director General de Hospitales lo desempeña quien hasta pasar a ocupar ese cargo venía desempeñando funciones similares en la compañía ADESLAS, configurando una forma de influencia directa sobre la aplicación del modelo (salvaguardando la adjudicación del primer caso de aplicación de la fórmula a una compañía distinta a la de su origen) que carece de precedentes inmediatos en nuestro país en el intento de borrar los límites entre la gestión pública y la privada del SNS; la cual, sin embargo, no ha merecido siquiera comentario alguno desde ningún ámbito de gobierno ni de oposición.

Una característica general de las aplicaciones de ese modelo desarrolladas hasta ahora es la dificultad para obtener una información adecuada sobre los resultados en términos reales de la aplicación de ese modelo específico de gestión (cuya especificidad consiste precisamente en la implicación de compañías aseguradoras en las uniones de empresas que construyen y gestionan los centros) tanto para el sistema sanitario público como para las compañías implicadas. Ese dato específico conlleva entre otras cosas, dejando aparte de la naturaleza pública o privada de las sociedades constituídas para llevar a cabo la construcción y la gestión de los centros⁴⁴¹, la diferencia de que el canon por el que se paga la construcción de aquéllos incluye en este caso no sólo la gestión de la prestación de servicios no sanitarios, como ocurre en otros países bajo la misma fórmula, e incluso en otros casos concretos de PFI aplicados en nuestro país, sino también la de los servicios sanitarios, que son precisamente el objeto del interés y la actividad de la aseguradoras sanitarias. Una intervención que supone de manera objetiva la desintegración de la gestión del sistema sanitario en su conjunto, en contra de las ventajas evidentes que se reconocen ahora a los sistemas sanitarios integrados. Se trata de una cuestión a la que he hecho referencia en la nota 120 anterior, que encuentra su

⁴⁴¹ Algunas CCAA socialistas, como la de Asturias y la de Castilla-La Mancha, han constituido sociedades públicas para la construcción de algunos centros (el nuevo Hospital General en Oviedo; el nuevo Hospital de Toledo) con esta fórmula. Aunque se mantengan por el momento las ventajas contables a las que se alude a continuación por la aplicación de la misma y las cantidades invertidas no computen a la hora de valorar la deuda de las CCAA correspondientes, en estos casos la fórmula no supone la obtención de capital privado añadido con el que financiar la operación.

mejor contrapunto en la situación, y las dificultades para modificarla, que afronta la organización de la atención sanitaria en los Estados Unidos, lo que ocurre en buena parte, como he explicado antes, como consecuencia de la posición de las compañías aseguradoras de aquel país.

Por otra parte, en relación con ello cabe sugerir que es precisamente la implicación en España de éstas en esa específica forma de gestión que suponen estas modalidades de PFI la que permite observar la pujanza, al menos dialéctica y de defensa de la fórmula, de ese modelo en nuestro país. Esa pujanza contrasta con las dificultades que se vienen observando para la extensión del mismo en otros países, como el Reino Unido. Allí la aplicación del modelo PFI como instrumento al margen de la contabilidad pública del sector (lo que se ha comenzado a poner en cuestión desde la Unión Europea) para la obtención de capital privado para la construcción de infraestructuras sanitarias o de otro tipo, que fue el origen de su aplicación, ha dejado de contar con el interés por la participación de las empresas de otros sectores en la licitación⁴⁴².

Por el contrario, el interés en este caso de las aseguradoras españolas, que contaban con la ventaja competitiva de su conocimiento y situación previa en la gestión del sistema sanitario español, coincide con el interés observado anteriormente de las compañías aseguradoras de otros países, en particular las norteamericanas, por introducirse en la gestión de los sistemas sanitarios públicos europeos. Se trata de un camino en el que, por las circunstancias señaladas, nuestro país podría estar representando un papel precursor, que, por otra parte, podría contribuir a comprender el desembarco de algunas compañías norteamericanas de seguros sanitarios que se ha podido observar en nuestro país en los últimos años, con el apoyo y la colaboración de profesionales españoles o su introducción a través de la participación en compañías de nuestro país⁴⁴³.

⁴⁴² Puede verse a este respecto la situación en el Reino Unido, agravada por la crisis económica, en Hallowell (2008, a y b). No sólo se trata de la dificultad de obtener financiación por esa vía para nuevos proyectos, sino que incluso algunos de los aprobados se han cancelado (Gosling, 2009), a la vez que se hacen cada vez más evidentes los problemas para el cumplimiento de los plazos de puesta en funcionamiento de las iniciativas PFI, un problema que no es exclusivo de las desarrolladas en el sector sanitario (Clews, 2009). En éste los organismos auditores públicos ponen de manifiesto las carencias evidenciadas en su gestión (Public Finance, 2008), entre otras cosas por la introducción de cambios en los recursos utilizados y los servicios comprometidos en los contratos iniciales, que suponen un coste adicional importante sobre lo que se presupuestó inicialmente en cada caso.

⁴⁴³ La referencia a algunos casos concretos, como el de USP, o el de la empresa Capio, de origen “público” sueco, pero en la actualidad en manos de una compañía de capital riesgo norteamericana, puede verse en dos capítulos de un texto reciente publicado por la Fundación Sindical de Estudios, y Comisiones Obreras de Madrid, junto con la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, titulado *Globalización y salud 2009* (FADSP, 2009). Los capítulos son el 8 (Lethbridge J. (2009) , *La*

Las actuaciones y situaciones descritas en el caso de los seguros sanitarios, que se dan también en el caso de la industria farmacéutica y las de otras tecnologías sanitarias, constituyen una buena expresión de las dificultades añadidas que para la constitución de un servicio de salud que ofrezca protección universal y homogénea a toda la población supone la dispersión de centros de responsabilidad con capacidad para influir en políticas esenciales para el sistema sanitario que se da en la administración española. Una dispersión respecto de la cual el Departamento teóricamente responsable del propio sistema carece de cualquier capacidad de coordinación.

Esa situación, que es estructural y sostenida, y no meramente coyuntural, resulta la mejor expresión de que la constitución de una protección sanitaria de las características citadas no ha formado nunca parte de las prioridades de ninguno de los gobiernos democráticos habidos en España desde la Transición. Pero puede contribuir también a entender por qué las políticas desarrolladas desde ese plazo en este campo se han orientado en la manera en que lo han hecho, contribuyendo en el caso de muchas de ellas a debilitar la posición del propio Sistema frente a los principales agentes externos al mismo que, sin embargo, en el momento actual disponen de la mayor capacidad de influencia para determinar su configuración y su futura orientación.

d)La situación de los profesionales sanitarios, principalmente de los médicos.

En la descripción general de la circunstancias que concurrieron para hacer posible la creación de los primeros servicios nacionales de salud he destacado como un factor específico que su constitución sólo fue posible, a la vez que éste fue un determinante específico de su configuración, mediante un pacto que atrajo a la colaboración con el servicio correspondiente recién creado a los profesionales de la salud, principalmente a los médicos, que representan el soporte más importante de la propia actividad de los servicios sanitarios.

Como ejemplos de esa observación he recogido de manera más amplia algunas de las manifestaciones privadas o públicas del creador del NHS británico, el laborista Aneurin Bevan, en las que se jactaba de alguna manera de haber “comprado” la colaboración de aquéllos a través de las negociaciones ya descritas con los dirigentes de las asociaciones que representaban respectivamente a los médicos generales y a los

sanidad en la Unión Europea y el mercado europeo de servicios sanitarios. Op. Citada, p. 177-200) y el 10 (Ponte C. (2009), Neoliberalismo y sistema sanitario en España. Op. Citada p. 227-251).

especialistas, consiguiendo de ellos formas específicas de colaboración en uno y otro nivel de atención. .

Si, por el contrario, se rebusca en los antecedentes que en fases sucesivas han ido llevando a limitar la constitución de una cobertura sanitaria pública amplia en los Estados Unidos, no hace falta recurrir a muchas referencias para concluir que el papel más relevante en épocas previas (las principales que actualmente limitan las posibilidades de reforma en ese país son las que he puesto de manifiesto en el apartado anterior) lo desempeñaron los médicos como conjunto, y de manera más precisa la Asociación Médica Americana (AMA), que los representaba.

De los antecedentes descritos caben destacar, a mi juicio, dos aspectos: el primero de ellos, que las asociaciones con las que se relacionaron en cada caso las autoridades políticas promotoras de las reformas correspondientes eran verdaderamente representativas de las posiciones mayoritarias de la profesión a la que representaban; lo que cabía esperar que se tradujera en que los acuerdos adoptados, si se alcanzaban, serían asumidos por la mayoría del sector.

El segundo aspecto es que las asociaciones correspondientes asumían no sólo la representación “social” de la profesión, sino que se apoyaban sobre una base de conocimiento, y de difusión del mismo entre su miembros, que suponía compartir y ejercer también de alguna manera una representación “científica” de la profesión, una característica que no ha estado nunca ausente de las asociaciones profesionales de otros países, especialmente en el ámbito anglosajón⁴⁴⁴ .

Esta situación contrasta netamente con la que se daba, y que aún persiste de una u otra forma, en el momento en el que se constituyó el SNS español.

En aquel momento la representación social de la profesión la ejercían, y lo siguen haciendo hasta ahora, los Colegios de Médicos, unos órganos de representación corporativa y participación obligatoria para poder ejercer la profesión incluso en el sistema público que, con independencia de su origen, durante la época de la dictadura franquista se habían convertido en instrumentos de control político de la profesión, e incluso en vehículos de la supuesta participación política que se ejercía en aquella llamada democracia “orgánica” (de hecho el presidente del Consejo General de los Colegios Oficiales de Médicos, inicialmente designado por el poder político de la

⁴⁴⁴ Una buena prueba de ello es que las revistas editadas por las Asociación Médica Británica (BMA), el British Medical Journal, y la americana, el Journal of the American Medical Association (JAMA) se encuentran entre las más prestigiosas de entre las editadas a nivel internacional.

época, era procurador en Cortes en función de su cargo, como lo eran los presidentes de otras corporaciones profesionales).

A lo largo de muchos de los primeros años de dictadura, al poder social y político se le unió también en muchos casos el dominio de la profesión en el terreno científico (o en la falta de desarrollo de éste), a través de las cátedras de las universidades, de las que habían sido expulsados los profesores y científicos más valiosos de la época anterior de la República. Pero esa situación, en el marco de una política autárquica también en lo científico, hizo que, cuando el inicio del desarrollo económico (y la constitución de la Seguridad Social) permitieron plantear el reinicio de las relaciones con el exterior y la penetración del progreso científico en este campo, éstos tuvieran que plantearse la margen de la Universidad.

El desarrollo del progreso científico en el campo de la Medicina tuvo lugar, como he referido ya en distintas ocasiones, en los hospitales de la Seguridad Social, y se acompañó del desarrollo del sistema MIR, al que he hecho también repetida alusión. A partir de él, y en relación con su desarrollo, se fueron formando grupos significativos de médicos que rompieron el estrecho marco de control del desarrollo científico de la profesión llevado a cabo desde las universidades y los centros ajenos a la Seguridad Social (hospitales provinciales u otros), y cuyo desarrollo social y político paralelo abocaba a la demanda de una forma de ejercer la profesión semejante a la de los países del entorno más próximo, de entre las que destacaba el NHS británico.

Sin embargo, las prioridades políticas en relación con la medicina que se dieron al inicio de la Transición, y en el momento en el que el PSOE accedió al Gobierno, no eran, como he descrito, y por distintas razones, las del desarrollo de los servicios sanitarios que se demandaban desde este sector de la profesión médica. Por el contrario, y conforme a una opinión que no es sólo mía propia, sino que se ha comentado desde hace tiempo por distintos autores (Navarro, 1995 b), la prioridad política en el terreno sanitario era la del control económico del crecimiento del gasto del sector, una labor que si nos atenemos a las cifras de gasto en aquel período, fue desempeñada de manera eficaz por el primer ministro socialista de aquel período, el malogrado Ernest Lluch.

Pero esa prioridad política suponía, a su vez, no plantear ningún pacto con los profesionales del sector, principalmente con los médicos, que pudiera suponer cualquier clase de compromiso económico con éstos que significara un aumento del gasto (una “compra” de éstos en términos del ministro inglés Bevan) para atraerlos hacia la colaboración con el recién nacido Servicio Nacional de Salud. Por el contrario, para

justificar la posición del mantenimiento pasivo de la situación del Sistema resultaba más eficaz atribuir la culpa de las dificultades para su desarrollo a la oposición de los médicos como conjunto, que distaba de ser cierta; una explicación a cuyos efectos resultaban de gran eficacia las posiciones mantenidas por los Colegios de Médicos, cuyo control, como he explicado y por las razones señaladas, mantenían los sectores más conservadores desde el punto de vista político general, y menos innovadores desde el punto de vista científico.

Eso explica, a mi juicio, que las políticas dirigidas hacia los profesionales quedaran congeladas en una situación en la que los sectores que podrían haber aportado más al desarrollo del Sistema quedaron marginados y fuera de los circuitos de la representación corporativa, puesto que no se llegó a desarrollar ninguna política específica dirigida a hacer posible que esa representación se abriera de manera real a los sectores más dinámicos de la profesión⁴⁴⁵. La actividad de estos sectores osciló entre el rechazo de la obligatoriedad de la colegiación, un papel desempeñado de manera principal por la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública que fué finalmente desechado por los Tribunales a falta de una legislación en ese sentido que lo permitiera, y los repetidos intentos de lograr el triunfo en algunas elecciones de los Colegios provinciales, que se saldaron mayoritariamente con el fracaso de esos intentos, o la limitación temporal de los casos en que se obtuvo algún éxito ocasional.

Sin embargo, un efecto marginal, quizás no deseado, pero sí igual de evidente, de que desde los ámbitos de la izquierda reformista se consagrara de hecho el predominio de los sectores más conservadores en la representación corporativa de la

⁴⁴⁵ La vía más adecuada para hacer posible ese cambio habría sido una modificación específica para los mecanismos concretos de representación a través de los Colegios, pero una normativa en esa materia no se llegó a desarrollar nunca. Por el contrario, los Colegios de Médicos se asociaron a los de otras profesiones cuyo ejercicio era por completo diferente (los médicos eran la única profesión en la que, al margen de otras especificidades, la actividad mayoritaria y principal de sus componentes se desarrollaba al servicio del sector público) en la demanda del mantenimiento de su status, lo que incluía el mantenimiento de la obligatoriedad de la colegiación. En apoyo de esos planteamientos constituyeron una denominada “Unión Profesional”, cuya representación y papel inicial más activo lo desempeñó en aquel tiempo el Presidente del Consejo General de la Abogacía Española, el Sr. Pedrol Rius.

La ausencia de especificidad en la regulación de la profesión médica se mantiene por el momento en la Ley 25/2009, *de modificación de diversas leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y sus ejercicio*, conocida como “Ley Omnibus”, aprobado por el Congreso el 30 de diciembre de 2009. De seguir esa vía inespecífica en el desarrollo de la misma, se trataría de una nueva oportunidad perdida para regular la representación de una profesión que por sus características propias citadas requiere de disposiciones igualmente específicas si se quiere cambiar su participación en la vida social, y que, por otra parte, ha demostrado su incapacidad para reformarse desde dentro a partir de la propia organización de una manera que resulte eficaz y atrayente para el conjunto de la profesión. Puede seguirse la polémica abierta sobre estas cuestiones en Hernández Yáñez (2009 y 2010) y Rodríguez Sendín (2010).

profesión (representación que, de hecho, no era real y resultaba además inoperante y carente de cualquier interés, salvo el pago de la cuota colegial, para la mayoría de los supuestamente representados) fue que la profesión médica como tal se quedase sin una representación real y sobre todo socialmente efectiva en cuantos debates sanitarios se han venido planteando desde hace más de veinte años.

A lo largo de este tiempo, las posiciones colegiales se han situado siempre en el extremo más conservador del espectro político: pueden servir de ejemplo al respecto la oposición a la ley del aborto; o el apoyo al ejercicio de la objeción de conciencia formulada siempre al servicio de la ética entendida en el sentido más conservador posible, de lo que un ejemplo pueden ser las posiciones sostenidas por diferentes sectores de la Organización Médica Colegial en relación con el llamado “caso Leganés”; o la defensa de los intereses de otros (los laboratorios farmacéuticos, que disponen de instrumentos de inducción de la prescripción reconocidos en todas partes) sobre la base de una supuesta libertad de prescripción que sólo se invoca para coartar los intentos de someter a determinados controles administrativos el incremento del gasto farmacéutico.

Esa posición sostenida, que no ha invocado nunca, o sólo de manera formal y al servicio de sus propias posiciones, el interés de la sociedad en sus pronunciamientos, fue un factor contribuyente a la pérdida del prestigio social de la profesión médica.

En el ámbito técnico, la ausencia de una representación adecuada se cubrió mediante el desarrollo de las llamadas “sociedades científicas”, cuyo desarrollo se ha visto potenciado por la influencia de la industria farmacéutica y de las tecnologías sanitarias. Éstas, a su vez, han encontrado en ese ámbito un terreno abonado para patrocinar a la vez sus propios intereses y que el desarrollo profesional vinculado a la innovación en los distintos campos se adapte a los patrones que derivan de su propia capacidad de orientación de cada sector.

Por otra parte, desde el punto de vista social y corporativo, el vacío creado por la carencia de una representación médica adecuada se ha llenado por otras representaciones corporativas, de manera singular la de la enfermería y la farmacéutica, que han disfrutado al menos del apoyo (por supuesto guiado por sus propios intereses) de la mayoría de quienes ejercen la profesión (en el caso de la enfermería), o al menos de determinadas modalidades de ésta (los propietarios de oficinas de farmacia).

Si en la parte descriptiva de este trabajo me he referido ya a la situación que se da en el caso de la farmacia, el origen y la evolución de la situación y sus consecuencias en el caso de la enfermería merecen aquí una mención especial.

En el origen de la situación actual de esa profesión hay que recordar que se mezclaron factores relacionados con la reivindicación de un cambio en el paradigma del ejercicio de la profesión (el “cuidado”, como contenido propio de la profesión de enfermería, frente a la “cura”, como característica definitoria de la profesión médica), reivindicado por los sectores más activos, y mejor informados de lo que ocurría en la profesión fuera de España, con la proximidad de estos mismos sectores al ámbito político del PSOE.

El resultado de la coincidencia de esos factores se tradujo en diferentes efectos. A uno de ellos, la elevación del nivel de la titulación para ejercer la enfermería en su nivel más completo, alcanzando inicialmente el de una diplomatura universitaria, me he referido ya en la parte descriptiva anterior.

A la vez, y siguiendo un patrón similar al desarrollado en cualquier profesión que quiere elevar su consideración social y económica, los mismos sectores “progresistas” que promovieron el cambio de paradigma restringieron de manera drástica la disponibilidad de plazas de formación en las nuevas Escuelas Universitarias de Enfermería. Lo que no tardó en traducirse en una escasez de oferta que contribuyó, como en cualquier otro mercado, a la elevación de la consideración económica de la profesión (elevación que, por otra parte, iba aparejada en el sector público, el empleador mayoritario, al nuevo nivel universitario de la titulación).

El resultado de ese cambio de perspectiva, que desde el punto de vista de los conceptos y contenidos profesionales no se extendía más allá de sectores muy restringidos de la profesión, fue que las consecuencias económicas del cambio centraron el interés general de aquélla, en demanda de la generalización de los efectos del cambio de nivel de la titulación. Lo que un tiempo después se tradujo en la sustitución en la organización corporativa de los sectores “progresistas” de la profesión por los sectores más conservadores, que encontraron en la generalización de la homologación económica, en detrimento de los contenidos profesionales, un filón que se sigue explotando, aprovechando las oportunidades que ofrece la evolución posterior⁴⁴⁶.

⁴⁴⁶ Las consecuencias del “proceso de Bolonia”, que suprime las diferencias entre los dos niveles previos de titulaciones universitarias, estableciendo un único nivel de “grado”, seguido del máster y el de doctor, en el sector sanitario están todavía por valorar de manera adecuada. La homologación de la enfermería al

Quizás la mejor expresión de la incoherencia del desarrollo descrito es que, partiendo de una demanda neta de diferenciación de los contenidos propios de cada profesión (el “cuidado” frente a la “cura”), la evolución de la enfermería que ha tenido lugar en este caso haya llevado a que la demanda más clara formulada ahora para el reconocimiento de la profesión esté centrada principalmente en la “receta enfermera”. Ésta es una actividad por completo ajena a los contenidos formativos propios de la titulación en enfermería, que en otros países ocupa un lugar marginal y restringido tan sólo a sectores y puestos de trabajo muy específicos, y cuya misma propuesta en nuestro país, por la manera en la que se formula, es el mejor ejemplo de la desorientación que caracteriza en España a esta profesión. Incluso aunque se considere como una vía razonable para contribuir al control del crecimiento del gasto disponer de profesionales de menor nivel de titulación para realizar algunas de las funciones que han venido siendo realizadas tradicionalmente por los médicos, eso requeriría probablemente la creación de una nueva profesión, a partir de un proceso formativo específico distinto a la formación en enfermería, que no aspira a crear “mini-médicos”, sino a desarrollar un campo distinto de actuación, o al menos una reconsideración de esa misma profesión y en especial de su programa formativo .

Por otra parte, las consecuencias del vacío creado por la pérdida del papel desarrollado por los médicos en nuestro sistema tuvo y mantiene también su expresión en el terreno de la organización de los servicios: de la primera época de gobierno del PSOE es la modificación de los órganos de gobierno de los centros públicos sanitarios, con la creación de una dirección propia e independiente de la enfermería que se trasladó a todos los niveles de la organización. Desconozco la existencia de ningún trabajo científico que haya valorado los efectos de la disociación de los órganos de dirección de unas y otras profesiones en el nivel de los servicios sobre la calidad, la efectividad y la eficiencia de la atención. Considero, sin embargo, que del hecho de la implantación de ese modelo sin ninguna valoración previa, y sobre todo de su generalización, no se puede deducir sin ninguna demostración que el modelo de organización adoptado mejorase la atención en los aspectos señalados, por mucho que en la actualidad parezca imposible su modificación.

Este factor, con cuya invocación no pretendo en todo caso negar el valor y la importancia de otras profesiones sanitarias, ha contribuido también a menoscabar la

nivel de diplomatura se ha acompañado de la demanda inmediata de elevar la titulación en medicina al nivel de máster por su más amplia duración.

posición de los médicos en el sistema sanitario, del que son, por el contrario, su base principal, en lo que no pueden ser sustituidos por otras profesiones, e incluso, por derivar la valoración a otro terreno, los determinantes principales de su gasto. Cabe, sin embargo subrayar a título de ejemplo la incoherencia que supone esa situación con las propuestas que se vienen formulando desde hace años para implantar mecanismos de “gestión clínica” (en términos ingleses *managed care*) en los sistemas sanitarios, incluido el nuestro, mediante los que se quiere trasladar al médico en sus comportamientos clínicos la responsabilidad económica de su propia actuación.

La constitución de los servicios universales de salud en el contexto de sociedades capitalistas desarrolladas en otros países sólo fue posible mediante el pacto, o al menos el logro de una actitud favorable al desarrollo de los servicios públicos, por parte de los médicos. En su labor de manejar los medios técnicos que utilizan esos servicios la profesión médica no puede ser sustituida por ninguna otra, por mucho que la labor de otras profesiones sea complementariamente imprescindible. Por otra parte, el desarrollo de ese papel central no sólo debe expresarse de manera individual, sino que de manera colectiva resulta decisiva la actitud favorable o contraria a los servicios públicos del conjunto de la profesión en la relación con sus proveedores tecnológicos. Éstos son los que en el momento actual disponen de y ejercen la capacidad para dirigir la orientación del sector. Su posición puede ser modulada o, por el contrario, reforzada, según sea la actitud adoptada ante ellos por los médicos; un papel que, con las variaciones que cabría esperar en períodos y países distintos, desempeñan las organizaciones corporativas de éstos que disponen de mayor tradición.

Por las razones indicadas, ni en el origen del Sistema sanitario español, ni en su evolución posterior, se ha tratado de potenciar, sino más bien al contrario, la “fidelización” de los profesionales médicos a favor del Sistema. Por el contrario, algunos de los desarrollos habidos han contribuido a favorecer la influencia de los agentes externos al Sistema más capaces de determinar su evolución sobre los profesionales médicos españoles como conjunto. Por su parte, desde los poderes públicos no se han adoptado en ningún momento iniciativas, como una modificación de la normativa que regula los colegios profesionales médicos, que pudieran contribuir a dar valor a la organización corporativa, que permanece así en general en manos de los sectores más conservadores de la profesión⁴⁴⁷. Lo que no obsta para que se haya seguido

⁴⁴⁷ La iniciativa conocida más reciente parece vincular una vez más la normativa relativa a los colegios de médicos con los cambios que se introduzcan en las normas que regulen las organizaciones de cualquier

atribuyendo la colaboración en funciones públicas a los representantes designados por la propia organización⁴⁴⁸.

Modificar esa situación con acciones que pudieran llevar a recuperar el papel esencial que corresponde a los médicos en el sistema sanitario y el valor que ello puede suponer para el propio Sistema constituye por todo ello una de las tareas más difíciles o, en términos del análisis organizacional, una combinación indeseable de puntos débiles y amenazas, para cuya solución está peor dotado actualmente el sistema sanitario español.

d.1) Un aspecto peculiar de la situación de los profesionales sanitarios en España: la de los profesionales de la administración y la gestión de los servicios sanitarios.

En el apartado anterior he aludido a la precariedad y el deterioro de la situación de la profesión médica como tal como factor determinante de algunas de las debilidades de las que adoleció en su origen y ha continuado adoleciendo en su desarrollo el sistema sanitario español.

Esa misma situación se puede predicar de quienes, siendo médicos o miembros de otras profesiones, deberían, en términos de Mintzberg (1979), haber desempeñado el papel de la “tecnoestructura” en el propio Sistema, sin la que éste carece de un soporte sólido que permita mantener la homogeneidad y la coherencia del sistema público de protección.

Por razones históricas a las que me he referido en apartados descriptivos anteriores de este trabajo, que he desarrollado de manera más amplia en otro trabajo

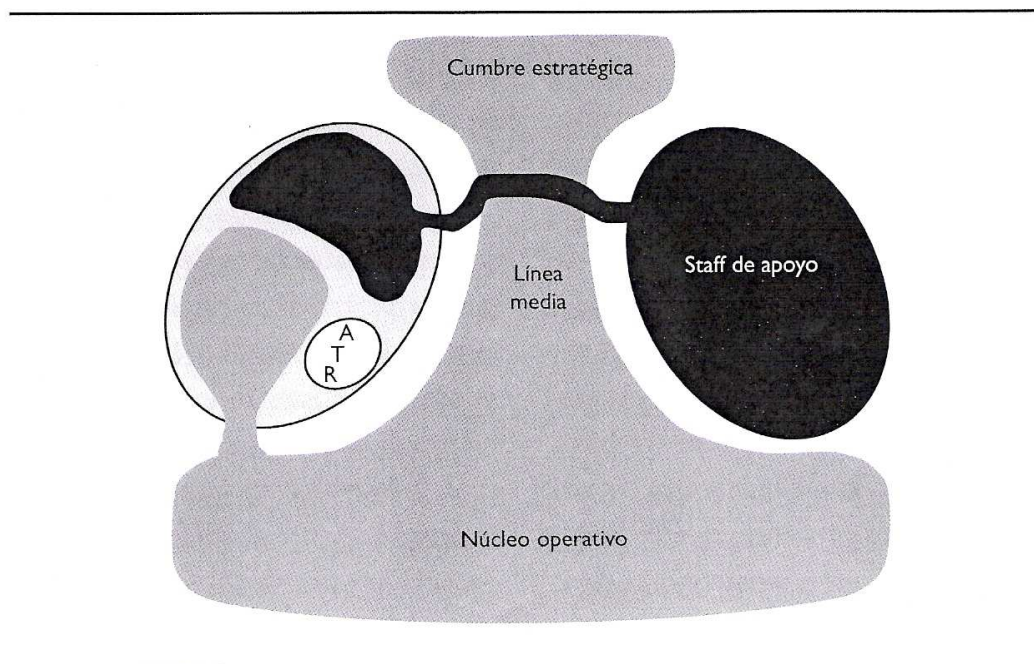
otra corporación profesional, haciendo caso omiso a las especificidades del ejercicio profesional médico, que se mueve en el ámbito de sectores económicos con gran capacidad de influencia y, por otra parte, encuentra en el servicio público su principal empleador. Se puede ver a referencia a esa propuesta de una nueva Ley global sobre Colegios profesionales en general en el Acta Sanitaria de 15/06/09 (Acta Sanitaria (www.actasanitaria.com)). Con posterioridad, y en el momento en que se revisa el texto definitivo de este trabajo, una disposición general de modificación de la Ley 2/1974, de 13 de febrero, sobre Colegios Profesionales, ha sido incluida como un largo artículo 5 de la Ley “Omnibus” (Ley 17/2009, de 23 de noviembre, *sobre el libre acceso a las actividades de servicios y sus ejercicio*). La utilidad o no de esta norma estriba, a mi juicio, en la especificidad del desarrollo que se haga de la misma para la profesión médica, a cuyas peculiares condiciones de ejercicio profesional, diferentes de las de cualquier otra profesión de las afectadas por la nueva regulación, he hecho alusión más arriba. Por el contrario, en mi opinión no cabe esperar resultados significativos en la ordenación y participación de la profesión médica en el desarrollo del servicio público sanitario tan sólo del cambio de “talante” en la Organización médica colegial que se ha podido observar tras la última sustitución producida en su Presidencia, una expectativa que ha sido reclamada por el propio Presidente en un artículo publicado en los días en que he realizado la última revisión de este texto (Rodríguez Sendín, 2010)

⁴⁴⁸ Desde las Comisiones Nacionales de las distintas Especialidades, que son órganos con efectos muy directos en la actividad en cada una de las áreas correspondientes, a los diferentes foros y órganos de representación creados por la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, pese a su escasa actividad real posterior.

reciente (Rey del Castillo, 2009 a) la limitada “tecnoestructura” sanitaria existente durante la dictadura y el período previo a la llegada del PSOE al poder, que en las descripciones citadas identifiqué con los cuerpos de funcionarios sanitarios que entonces existían, fue barrida en la práctica, por razones de desconfianza política, cuando se produjo el acceso al Gobierno del partido citado.

El vacío creado en este caso se trató de llenar, conforme al esquema tomado del mismo trabajo (figura 3), con la facilitación del acceso al desarrollo del papel propio de la “tecnoestructura” (el análisis y la propuesta de estandarización de estructuras, procesos de trabajo, habilidades y capacidades técnicas, productos) por parte de los miembros de otras partes de la organización, descritas en los mismos términos organizacionales de Mintzberg como el “núcleo operativo” (principalmente los médicos asistenciales, estableciendo un mecanismo de movilidad reversible entre la actividad asistencial y el desempeño de funciones administrativas o de gestión en la organización sanitaria) y el “staff de apoyo” (funcionarios de ámbitos administrativos, legales o económicos ajenos al Sistema sanitario que han ido ocupando un espacio cada vez más amplio en los distintos niveles de su organización por procedimientos que se especifican también en el trabajo anterior).

Figura 3. Evolución “patológica” de la tecnoestructura del SNS. (ATR= antigua tecnoestructura residual).



El mecanismo de sustitución se hizo aún más complejo al combinarse con la descentralización sanitaria que se llevó a cabo, provocando como consecuencia de ésta

la multiplicación de sus efectos diversificadores: de una parte, la creación de esbozos de “tecnoestructura” (cuerpos de funcionarios o grupos de gestores) propios y específicos de cada Administración sanitaria autonómica; de otra, la anulación de los efectos potenciadores de un cierto grado de homogeneidad en la organización sanitaria de éstas y del conjunto del Sistema que se podrían haber derivado de la pertenencia a un cuerpo de origen común del personal traspasado en la transferencia de los servicios a cada CA.

Por otra parte, ninguno de los grupos que he mencionado como llamados a llenar el vacío citado disponía de formación y conocimientos específicos en materia de organización sanitaria. Como consecuencia, en el diseño y el desarrollo del Sistema se generó también una situación de vacío interno que vino, por su parte, a coincidir con la ausencia de una propuesta elaborada, coherente y, sobre todo, sostenida por el conjunto del Partido Socialista, sobre el modelo sanitario que éste pretendía desarrollar.

Desde el punto de vista del establecimiento de las bases “doctrinales” del Sistema, ese vacío se aprovechó desde sectores externos al mismo (de lo que pueden servir de ejemplo numerosas consultoras y “escuelas de negocio” especializadas o no en lo sanitario, que empezaron a desarrollar “másters” en gestión sanitaria y otros campos afines) para introducir en el interior del Sistema sus propias posiciones, orientadas a la liberalización y la competencia como factores de su dinamización y de la mejora de su eficiencia. Tales actuaciones coincidieron en su plazo inicial con las propuestas en un sentido similar realizadas en el ámbito público por la Comisión Abril, diferentes CCAA, e incluso, con sus propias especificidades, en el interior del propio INSALUD, a todo lo cual me he referido en los apartados descriptivos previos de este trabajo.

Por su parte, el desarrollo de los cuerpos sanitarios en el ámbito de la Administración General del Estado, que desde la Ley 30/1984, de Medidas de Reforma de la Función Pública, se dejó a la tutela del Ministerio de Sanidad, ha estado sometido desde entonces a un desarrollo precario, que he descrito en sus aspectos cuantitativos en el trabajo citado, el cual ha supuesto a su vez la subordinación de cualquiera de los cuerpos sanitarios que todavía subsisten a una especie de “tercera división” administrativa⁴⁴⁹.

Esta situación ha facilitado que, desde el punto de vista estructural, el Ministerio de Sanidad haya perdido cualquier clase de cualificación específica de cara a la

⁴⁴⁹ Del trabajo citado se extrae la Tabla 21, en la que se incluyen las convocatorias de plazas de cuerpos sanitarios realizadas por el Ministerio de Sanidad desde 1985 a 2008. Como puede observarse en ella, el grueso de las convocatorias se ha centrado en cuerpos y escalas marginales, sin ninguna presencia ni capacidad de influencia en el conjunto de la Administración.

delimitación de las políticas sanitarias, facilitando que el propio Ministerio se haya ido llenando de personal sin visión, formación, ni interés específico alguno sobre la organización y el funcionamiento de los sistemas sanitarios, lo que se puede observar en la constitución orgánica actual del Departamento. Lo que ha dado como resultado las carencias observadas en las políticas desarrolladas en muchos campos, de las que las correspondientes al personal sanitario, cuyo diseño ha estado en buena parte, y en especial en los últimos años, en manos de personal de otros cuerpos de la Administración ajenos por completo a la cualificaciones sanitarias específicas, pueden ser una acabada expresión⁴⁵⁰.

Por su parte, la situación de carencia de peso de los cuerpos sanitarios en relación con otros cuerpos consolidados de la Administración (en particular los vinculados al Ministerio de Economía y Hacienda, pero también los cuerpos “superiores” generales de la Administración, como los ahora denominados “Administradores Civiles del Estado”, o incluso los vinculados a otros Departamentos ministeriales, como los Inspectores de Trabajo o el Cuerpo Técnico de la Seguridad Social) ha provocado que las políticas sanitarias proyectadas a los aspectos económicos o administrativos internos del Sistema, con amplias repercusiones en su funcionamiento, se hayan venido supeditando siempre a los criterios impuestos desde los ámbitos de la Administración a los que se encuentran vinculados esos otros cuerpos funcionariales dependientes de otros departamentos, en detrimento de políticas sobre los aspectos económicos y administrativos señalados específicas para el sector sanitario, que tiene sus propias peculiaridades al respecto; políticas que deberían haberse elaborado bajo la responsabilidad del propio Departamento sanitario. Esta observación se puede extender a las administraciones autonómicas que se han ido constituyendo ex novo a partir del proceso de descentralización general y del específico sanitario. A la debilidad de los cuerpos sanitarios creados en aquéllas ha podido contribuir también, como he indicado antes, la precariedad de la situación de los cuerpos centrales cuando se llevó a cabo el proceso descentralizador en esta materia.

⁴⁵⁰ Pueden servir de ejemplo al efecto las posiciones relativas a las necesidades de personal médico o de otras profesiones, un problema planteado de forma especialmente aguda en los últimos años, y para cuya solución el Ministerio ha recurrido ante todo al encargo de informes externos. O a la deriva adquirida por la profesión de enfermería, que desde los órganos corporativos de la propia profesión se ha pretendido orientar a la proyección del desarrollo académico (por ejemplo, las especialidades de enfermería, a las que en el contexto de Bolonia se pretende proyectar al nivel de máster, una vez alcanzada la homologación como grado) hacia la organización estructural y el nivel retributivo correspondientes con el primero.

La organización y tradición administrativas que determinan la existencia en España de cuerpos de funcionarios para el desarrollo de políticas específicas⁴⁵¹ son distintas a las de otros países en los que se establecieron servicios públicos universales de salud. Esos otros casos se dieron en su mayoría en países sometidos al Derecho y las tradiciones organizativas característicos de los países anglosajones, en los que no se contempla la existencia de “cuerpos” de funcionarios, pero sí que disponen de personal específico para el desarrollo de esas funciones, aunque sea reclutado y esté vinculado con las administraciones correspondientes bajo otras formas contractuales⁴⁵².

En todo caso la diferencia entre la situación española y las de esos otros países no es sólo la diferente tradición y forma de organización administrativa existente en cada caso, sino sobre todo el diferente grado de autonomía en la gestión interna de las políticas sanitarias que se puede observar entre una y las otras como consecuencia del peso específico de los grupos que por distintas vías constituyen la “tecnoestructura” de los sistemas sanitarios en uno y otros casos. La debilidad de los “cuerpos” sanitarios españoles, sustituidos por los grupos descritos antes, en comparación con la importancia y el peso específico propio de los grupos que desempeñan esa misma función en otros países dotados de servicios nacionales de salud ha tenido importantes repercusiones sobre las políticas sanitarias llevadas a cabo en nuestro caso

Esa situación de debilidad administrativa sanitaria desde el punto de vista de la disponibilidad de personal cualificado de manera específica en la organización y gestión de los servicios sanitarios se ha tratado de paliar en España mediante iniciativas en diferentes direcciones:

⁴⁵¹ En el trabajo repetidamente citado que constituye la base de la exposición realizada en este punto se recuerda como precedente de la constitución de un cuerpo específico para lograr la aplicación adecuada de unas medidas de reforma significativa de un sector en concreto la llamada Ley de Procedimiento Administrativo, de 1964, una norma de cuya importancia no se puede dudar. Esa norma, a pesar de todas las imperfecciones que ahora podamos observar, fue el primer paso para convertir a los ciudadanos de este país de súbditos en sujetos de derechos en sus relaciones con las Administraciones Públicas. La promulgación de la norma se acompañó en ese caso de la creación de un Cuerpo de funcionarios, (el de los Técnicos de la Administración Civil o TAC), como encargado principal de llevar a cabo tales reformas.

Pero esto aboca a otra cuestión: ¿por qué si la Ley General de Sanidad supuestamente introdujo transformaciones tan importantes como la universalización del derecho a la protección sanitaria para todos los ciudadanos a la vez que la descentralización de su gestión esas medidas no se acompañaron de la creación o la consolidación de un grupo profesional, fuera cual fuera la forma de vinculación con las administraciones públicas y la variedad de titulaciones que debería probablemente incluir, para garantizar la puesta en marcha y la extensión de la misma?. Esta pregunta es la que he tratado de responder a través del sucinto análisis organizativo e histórico anterior.

⁴⁵² La situación en algunos de esos países, como el Reino Unido o Suecia, se puede ver en Repullo (2009).

-desde los intentos de creación de un “Cuerpo Superior de Salud Pública y Administración Sanitaria” que se llevaron a cabo en distintos momentos de desarrollo del Sistema, que no llegaron nunca a cuajar por falta de apoyos propios desde el mismo sector sanitario y sus sucesivos responsables, pero también por la oposición de otros sectores y cuerpos de las Administración;

-a la propuesta de vincular el acceso a la administración y la gestión de los servicios sanitarios a una especialidad médica, propuesta que adolece a mi juicio de la equivocación de confundir los ámbitos de actuación, claramente diferentes, propios de los cuerpos de funcionarios y las especialidades médicas;

-o las respuestas “defensivas” de homologar la condición y los sistemas retributivos de los funcionarios sanitarios a los del personal “estatutario”, realizadas desde unos cuerpos sanitarios menoscabados en sus contenidos y competencias, pero deseosos de obtener mejoras retributivas similares a las del personal asistencial;

-o, por último, la creación, a mi juicio también frustrada, de sociedades “científicas” que pudieran reunir y representar al personal de diferente titulación que participa de una u otra forma en la gestión del sector, de las que la Sociedad Española de salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), una “sociedad de sociedades” creada en 1986, es la mejor expresión. Estos movimientos han culminado con un neto predominio de los profesionales de la economía como actores principales de la definición de las condiciones estructurales y organizativas de nuestro sistema sanitario y asesores principales de las administraciones públicas en esta materia, con los sesgos derivados de su propia titulación⁴⁵³.

A todas ellas me he referido de manera más pormenorizada en el trabajo citado anterior⁴⁵⁴, sin que ninguna haya permitido suplir de manera adecuada las carencias descritas.

La conclusión más importante es que la carencia de una “tecnoestructura” propia de nuestro sistema sanitario, que se mantiene desde que se creó formalmente el Sistema como tal, constituye una de sus debilidades específicas, contribuyente al desarrollo limitado o inadecuado de varias de las diferentes políticas descritas. Una debilidad que,

⁴⁵³ Sobre el sesgo propio de la influencia de los profesionales de la economía en las políticas sanitarias se puede ver la observación que realizan Blumenthal y Morone en la página 9 de su texto (Blumenthal, 2009): *“La lección es sencilla: los presidentes que quisieron extender la cobertura sanitaria (en los Estados Unidos) tuvieron que hacer callar a sus economistas...Pero acallarlos es cada vez más difícil a medida que el tiempo pasa...Es cada vez más difícil y requiere de mayor voluntad y capital político”*.

⁴⁵⁴ Una visión aún más amplia se puede obtener en una versión del mismo trabajo publicada en formato electrónico en la revista E.RASas (accesible en www.opinionras.com) el 1 de Julio de 2009.

además, se ha sumado a la inexistencia de un desarrollo político propio de las posiciones del partido Socialista en esta materia, que por su propio funcionamiento interno parece incapaz de llevarlo a cabo de manera autónoma, menos aún en los detalles que corresponden a la organización y el funcionamiento del sistema, y no sólo a las características generales de su definición. Lo que deja al SNS a merced de las propuestas que desde su exterior se formulen por los agentes con mayor capacidad de influencia sobre el mismo.

Esta situación, como he puesto de manifiesto en el caso del personal médico asistencial, no parece tampoco de solución sencilla, puesto que debería pasar por la reconstitución de una “tecnoestructura” adecuada del Sistema. Algo que parece muy lejos del interés de los principales agentes políticos con capacidad de acceder al gobierno de la nación, que deberían ser los responsables de tomar iniciativas al respecto. Éstos, al igual que los partidos nacionalistas y otros minoritarios, parecen, por el contrario, haberse acomodado a la discrecionalidad que permite designar los cargos de administración y gestión de los servicios sanitarios por criterios de afinidad política entre los grupos⁴⁵⁵ que constituyen la base para su reclutamiento. Lo que conlleva una politización de la gestión también de sentido contrario a lo que los expertos en administración y ciencia política consideran adecuado para el buen funcionamiento de las administraciones y los servicios públicos.

Conforme a los análisis que se realizan desde este último ámbito, en los países democráticos existe *“un consenso teórico generalizado y una sólida evidencia empírica, tanto histórica como contemporánea, señalando las bondades de separar la esfera política de la administrativa dentro de las administraciones públicas”*, de manera que cada una de ellas ejerza como contrapeso de la otra. Lo que, a la vista de la experiencia de otros países de mayor tradición democrática que el nuestro, *“lejos de tener efectos negativos, tiene un impacto saludable en términos de buen gobierno y permite una formulación de las políticas públicas más equilibrada”*⁴⁵⁶. Cómo alcanzar esa situación en nuestro sistema sanitario, si es que es todavía posible, es lo que carece hasta ahora de propuestas siquiera interesadas en ello, mientras que son muy aparentes

⁴⁵⁵ Principalmente el personal asistencial, que carece de preparación específica alguna para el desempeño de esas funciones, pero también el nombramiento “interino” o eventual, y otras formas de contratación irregulares e inestables para el desempeño de esas funciones, de personal que desea abandonar el ejercicio asistencial, o que no ha sido capaz de acceder a la formación especializada.

⁴⁵⁶ La cita literal está tomada de Lapuente (2009 a). V. *Problemas institucionales y corrupción*. En: Fundación Alternativas. *Informe sobre la democracia en España 2009. Hacia un New Deal global*.. Del mismo autor (Lapuente, 2009 b) se puede ver un artículo más breve en el mismo sentido: *¿Por qué hay tanta corrupción en España?*.

los intereses de sentido contrario conforme a la descripción que he desarrollado en este punto. Lo que constituye una debilidad añadida heredada, pero también permanente, de nuestro sistema sanitario, que puede contribuir en el medio plazo por distintas vías, entre ellas la de la ineficiencia en el funcionamiento de los servicios, a la puesta en cuestión de las características universales y homogéneas de la protección.

V.- UN RESUMEN DE LAS RAZONES DE LA EVOLUCIÓN Y LA SITUACIÓN DEL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL A LA LUZ DE LA EXPERIENCIA COMPARADA.

V.1.- El resumen de la primera parte, descriptiva, de este trabajo comenzaba por enunciar la escasa prioridad otorgada a las políticas sanitarias desarrolladas por el Partido Socialista desde la Transición, incluyendo entre ellas la constitución del Servicio Nacional de Salud. En esas mismas conclusiones primeras esa ausencia de prioridad en las políticas desarrolladas por ese partido en concreto se ponían en relación con algunas de las debilidades más significativas de las que adolece el sistema sanitario español, a las que hacía expresa alusión.

En la segunda parte del trabajo, desarrollada en el capítulo IV, la primera valoración se ha referido precisamente a considerar si hay razones para centrar las observaciones anteriores en las actuaciones y actitudes del partido Socialista.

Las conclusiones de esa primera aproximación coinciden en señalar que existen razones de carácter histórico y de la experiencia comparada de otros países que justifican que la observación descriptiva anterior se centre precisamente en el Partido Socialista. De manera resumida, entre esos argumentos se encuentran los cuatro siguientes:

1.1) En el desarrollo de sistemas públicos sanitarios de cuantos países ofrecen protección sanitaria universal y homogénea a toda la población mediante la constitución de “servicios nacionales de salud”, e incluso cuando la protección se restringe a grupos homogéneos pero limitados de población, se puede constatar en el origen de una u otra iniciativa la presencia de partidos de orientación socialdemócrata o sus equivalentes, que representaban principalmente a la población trabajadora de cada país respectivo.

Por otra parte, esas iniciativas han correspondido en todo caso a fases históricas en las que la influencia y el poder político de las clases trabajadoras, ejercido a través de los partidos que las representaban, ha tenido una fuerza mayor.

1.2) Existen también evidencias derivadas de las mismas fuentes que indican la existencia de una relación entre la consolidación de los servicios públicos universales en términos de amplitud poblacional y material de la protección en los países correspondientes y el tiempo de permanencia en el poder de partidos de las características descritas después de la creación de los sistemas públicos y universales de protección sanitaria.

1.3) Un tercer argumento permite sugerir que la implantación de los programas o servicios que ofrecen protección sanitaria universal en diferentes países, en cuyo origen se detecta la intervención de partidos de perfil socialdemócrata y, en sentido contrario, no de ningún partido conservador, no ha sido tampoco el resultado de grandes acuerdos políticos previos entre partidos de diferente carácter, ni siquiera a partir de propuestas iniciales de uno de perfil socialdemócrata.

La iniciativa y la aplicación de éstas por parte de cada uno de los partidos de ese carácter en cada país ha sido siempre unilateral. No existen precedentes de grandes acuerdos “nacionales”, que tantas veces se invocan en España, para la constitución de los servicios sanitarios públicos universales en los países que los han constituido así, aún a riesgo de que esa constitución unilateral pudiera suponer el cambio de las características fundamentales del modelo por un gobierno posterior de diferente orientación. En la práctica, tal cambio posterior no se ha producido en ninguno de los países en los que los servicios sanitarios se han constituido de esa forma, ni siquiera cuando los partidos conservadores que sucedieron a los socialdemócratas bajo cuyo mandato se crearon los servicios públicos de salud correspondientes debieron afrontar en contextos económicos poco favorables el aumento del gasto que había supuesto su creación.

1.4) La última observación en relación con la vinculación que se puede establecer entre la actuación de partidos de perfil socialdemócrata y la constitución de servicios universales de salud tiene un sentido contrario a las anteriores: los fracasos en su constitución total o parcial, y los problemas principales en su desarrollo posterior, han tenido sobre todo que ver con las diferencias existentes o generadas en el seno de los propios partidos de perfil socialdemócrata o equivalente que los crearon o intentaron crearlos por su propia iniciativa unilateral. Una observación que se soporta sobre la base de referencias históricas, pero que tiene también el respaldo de algunos desarrollos que se están produciendo en los estados Unidos en el mismo momento de la redacción de este texto.

Ese conjunto de razones prestan soporte argumental a la opción de centrar la observación de las posiciones políticas mantenidas en torno a la creación del Sistema Nacional de Salud en España en el Partido Socialista, puesto que el apoyo decidido y preferente de éste, que es el partido socialdemócrata existente en nuestro ámbito político, resultaría, con arreglo a esas razones y observaciones comparadas, condición

necesaria, aunque, a la vista de la descripción realizada no suficiente, para la creación y el mantenimiento de un sistema público y universal de protección sanitaria.

V.2.- Cumplida en España la condición anterior, puesto que la descripción histórica aporta justificación suficiente como para considerar que la iniciativa para la creación del SNS correspondió en su momento al Partido Socialista, se plantea la búsqueda de razones que justifiquen los déficits que he ido observando en su desarrollo a lo largo de la misma descripción histórica anterior.

Como método para la búsqueda de esas razones, en el apartado anterior del trabajo se ha planteado recurrir al análisis comparado de dos épocas y situaciones distintas, que guardan algunas semejanzas, aunque por razones diferentes, a la situación que se daba y a la evolución posterior que se produjo durante el proceso seguido para la creación del SNS en el caso español. La comparación puede contribuir a la determinación de algunos factores concurrentes para favorecer o, por el contrario, dificultar el pleno desarrollo de un servicio público que ofrezca protección sanitaria universal similar a toda la población del país en el que se quiera implantar, a partir de la iniciativa de un partido de orientación como la comentada.

La primera de esas épocas y situaciones corresponde a la creación de los denominados “Servicios Nacionales de Salud” en distintos países democráticos. La semejanza con el proceso español se debe en este caso a la identidad de los objetivos planteados en unos y otros casos, siendo en todos ellos el principal el establecimiento de un sistema de protección sanitaria que garantizase ésta en condiciones de igualdad a la totalidad de la ciudadanía del país respectivo en función de esta condición.

La segunda, a los procesos de cambio a sistemas democráticos a partir de otros que no reunían las condiciones formales características de una democracia que se han producido en diferentes países en períodos próximos al que tuvo lugar en España, conocido en términos generales como la “Transición”. En este caso se trata de analizar los efectos que han tenido esos cambios sobre los sistemas sanitarios de los diferentes países en que se ha producido esa evolución.

V.3.- En cuanto a las condiciones de creación de servicios públicos universales de salud en diferentes países, la observación la he centrado en aquéllos que constituyeron “servicios nacionales de salud” por primera vez y de manera más o menos simultánea (aunque el que sirvió de modelo preferente fue el NHS británico) en un

momento concreto en el tiempo, la década siguiente a la finalización de la Segunda Guerra “Mundial”.

Las condiciones observadas en estos casos se refieren a cinco aspectos distintos:

3.1) En primer lugar, la situación política y económica general, en la que lo dominante para resolver la crisis que había comenzado en 1929 eran las políticas de estímulo de la demanda mediante la demanda agregada apoyada en el amplio uso de los recursos públicos, recurriendo al endeudamiento que fuera necesario. Tales políticas eran conformes a las propuestas formuladas por Keynes, que en aquel período, y ante la naturaleza de la crisis, constituyeron la mejor línea de solución, puesta en práctica por la totalidad de los países desarrollados.

3.2) En segundo lugar, el clima solidario que existía en todos los países en los que se desarrollaron los servicios públicos y universales de salud. Esta situación, resultado en muchos de esos países, y en particular en el Reino Unido, del esfuerzo de la guerra, se ha traducido en algunos análisis como una alianza entre las clases medias y las clases trabajadoras, y fue propiciada por condiciones excepcionales que promovieron el acercamiento entre clases sociales y el mejor conocimiento de las condiciones de vida de todas que, deterioradas profundamente para todos durante la guerra, requerían para su mejora general del esfuerzo común.

Con respecto a la excepcionalidad de esa situación, podría considerarse que la misma supuso un cambio “revolucionario” en sentido amplio, que facilitó el desarrollo novedoso de un sistema de protección universal e igualitario hasta entonces inexistente; circunstancias similares no se han producido después cuando se ha pretendido constituir “servicios nacionales de salud” y extender la cobertura a toda la población en países que disponían ya de sistemas más o menos desarrollados de protección. En estos casos puede observarse que la “evolución” que supone ese paso se somete a limitaciones mayores y diferentes a las que soportaron las primeras iniciativas, lo que coincide con una situación de solidaridad entre clases también mas reducida, que, según otros análisis se ha sustituido por la alianza entre las clases medias y las más altas una vez que éstas *“se han dado cuenta de que la provisión pública de protección y bienes sociales le resulta más cara que la compra directa en el mercado”* .

3.3) El tercer elemento fue la existencia de bases fiscales adecuadas para el sostenimiento de los servicios públicos sanitarios, cuya consecuencia desde el punto de vista financiero en el caso de los servicios nacionales de salud fue el de hacer el acceso a los servicios sanitarios libre de cargas financieras en el momento del uso. Esto

requiere de la existencia de un sistema fiscal consolidado y con un alto grado de cumplimiento de las obligaciones derivadas, que sólo existía en países desarrollados de tradición democrática. Por otra parte, en aquel momento las doctrinas económicas dominantes, bajo la influencia de Keynes, no ponían en cuestión las políticas impositivas ni patrocinaban su reducción.

3.4) El cuarto aspecto a destacar es el desarrollo limitado de las tecnologías sanitarias, incluyendo entre ellas los productos farmacéuticos, que se daba en el momento de la creación inicial de los servicios nacionales de salud. Como reflejo de esa limitación *“la partida del gasto sanitario suponía en 1946 (en los Estados Unidos) únicamente el 4,1% del PIB, frente a más del 16% en la actualidad”*(Krugman). Una apreciación que tiene valor representativo aunque en ese país no se llegara a constituir un servicio universal y público de salud, porque las pautas de consumo de productos y tecnologías sanitarias se han universalizado y suponen en aquél como en otros países una proporción muy importante del gasto sanitario, y, como se indica a continuación, una de las razones principales de su evolución en todos los países, desarrollados o no.

A partir de esa fecha, y de manera incremental, se fue produciendo un cambio cualitativo sustancial, que ha llevado a que, en el momento actual, nadie discuta que el factor más determinante de un incremento del gasto sanitario que está poniendo en cuestión la sostenibilidad económica de los servicios sanitarios, por la forma descontrolada y carente de evaluación de su eficiencia en que se está produciendo, sea la evolución de las tecnologías sanitarias y la introducción de las mismas en el consumo cotidiano de los servicios sanitarios.

De manera contradictoria, hay, sin embargo, que observar que una parte sustancial de la responsabilidad de esa evolución hay que atribuírsela a la creación de los servicios de salud: las inversiones necesarias para desarrollar y ampliar las investigaciones en los campos de las tecnologías sanitarias se han beneficiado de la garantía del consumo de los productos desarrollados por los propios servicios de salud; un consumo que, por el coste de los productos, no se podía garantizar en cantidad y calidad suficiente a nivel individual.

En este sentido, los servicios públicos de salud proporcionaron en aquel momento la demanda agregada garantizada necesaria para producir el despegue de unos sectores industriales todavía en fases iniciales de desarrollo. Hasta el punto de que en algunos países, de los que puede constituir un ejemplo el Reino Unido, las políticas de consumo y de precios (regulados en muchos países, sobre todo en el caso del sector

farmacéutico) de ciertos productos por parte de los servicios públicos sanitarios tuvieron como orientación complementaria expresa la potenciación y el desarrollo de una industria nacional propia en estos campos. Los cuales, por otra parte, gracias a los ingresos proporcionados por el consumo garantizado de sus productos, se han convertido con el paso de tiempo en sectores punteros desde el punto de vista de la innovación, e incluso, en el momento actual, a juicio de muchos observadores, en uno de los sectores industriales de desarrollo industrial más prometedor.

3.5) El último dato comparativo que se destaca como propio del momento y las condiciones en los que se desarrollaron los primeros servicios nacionales de salud es la peculiar situación de desarrollo científico y técnico de la profesión médica en los países en los que se constituyeron éstos, que se acompañaba de un amplio prestigio social del desempeño de la profesión, y de una organización corporativa de la representación de ésta que le confería un amplio poder e influencia en la regulación de las cuestiones que se relacionasen con el propio ejercicio de la profesión.

La resultante inicial de ese conjunto de vectores llevó a que en la mayoría de los países la postura inicial de los médicos representados por sus organizaciones frente a la creación de los servicios nacionales de salud fuese de oposición cerrada a ésta, por cuanto significaba de modificación de las condiciones tradicionales del ejercicio libre de la profesión, y del status económico y social del que disfrutaba buena parte de ésta. Hubo países, como los Estados Unidos, donde esa oposición contribuyó de manera decisiva a que esos servicios públicos universales no fueron finalmente creados.

Sin embargo, lo que merece la pena resaltar es que en aquellos países en los sí se llegaron a constituir fue igualmente decisivo para alcanzar el éxito en esa empresa que se llegasen a acuerdos, de naturaleza organizativa y retributiva, con los médicos, de manera que se garantizase su colaboración y participación en las funciones asistenciales propias de los servicios recién constituídos.

Sin esa participación generalizada de la mayoría de la profesión en cada caso, los servicios sanitarios, cuyo objeto central es la prestación de atención médica, una función en la que los médicos no pueden ser sustituidos, y menos en aquella época, por ninguna otra profesión sanitaria por complementaria y necesaria que sea su labor, no hubieran podido desarrollarse con la extensión universal que pretendían. Por ello los pactos y acuerdos alcanzados en cada caso no deben verse sólo como un factor limitativo del desarrollo de los servicios nacionales de salud, sino a la inversa, al menos de manera parcial y contradictoria, como un instrumento imprescindible para el

desarrollo de éstos en los países capitalistas desarrollados, que constituían el marco general y el contexto real de su creación.

V.4.- En el caso de los procesos de cambio a sistemas democráticos de grupos de países que no lo eran para analizar los efectos que han tenido esos cambios sobre los sistemas sanitarios de los diferentes países de cada grupo, el análisis lo he centrado en tres grupos de ellos: América Latina, los países del sudeste asiático y los “países del Este” europeo.

Cada uno de esos grupos de países se caracterizaba por un modelo de desarrollo económico distinto, pero relativamente homogéneo para los países de cada área, que llevaba a su vez aparejado un sistema de protección social y sanitaria diferenciado para cada uno de esos grupos. Las características de esos sistemas de protección, incluida la sanitaria, estaban en relación sobre todo con su modelo de desarrollo económico propio, que potenciaba la de aquellos grupos de población relacionados con sus sectores económicos de desarrollo preferente, e incluso las modalidades de la protección más acordes con su propio modelo, según patrones que he descrito de manera más amplia en el capítulo anterior.

Un rasgo común a los procesos democratizadores en esos grupos de países es que, lo mismo que había ocurrido en el caso español, aunque con una cierta demora con respecto a éste, los procesos de transición a la democracia tuvieron lugar en un momento en el que todavía no se había resuelto la crisis económica que comenzó con la elevación de los precios del petróleo a mediados de los años setenta. Este hecho provocó que esa transición se acompañase de demandas en todas las zonas para extender los compromisos de protección social. Demandas que, sin embargo, en los países en los que la crisis se puso de manifiesto de manera simultánea con restricciones fiscales y alta inflación de manera simultánea (de los tres grupos, los países latinoamericanos y los del Este europeo), se vieron ensombrecidas por la influencia de las políticas económicas liberales, promovidas desde los organismos económicos internacionales (FMI, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, OCDE) , promoviendo a la vez políticas de estabilización macroeconómica y diferentes reformas orientadas a la liberalización de los mercados de mercancías y capital y a la privatización y desregulación de aquéllos. Esas políticas tuvieron también su proyección en el ámbito de los servicios públicos, promoviendo igualmente la liberalización de su provisión y la restricción de los beneficios prestados.

Pero la evolución de los sistemas de protección en unos y otros grupos de países con la transición a la democracia no vino sólo determinada por la evolución de la situación económica, sino también de manera muy importante por las características y la situación de los sistemas de protección social de que se habían dotado previamente.

Algunos de esos países habían creado en ciertos casos grupos de beneficiarios preferentes de sus sistemas de protección sanitaria, relacionados con los sectores industriales de desarrollo más importante para sus economías. Este desarrollo se dió en especial en los países latinoamericanos, cuya situación, aunque con un grado de desarrollo distinto, podría considerarse la más semejante a la española en los momentos previos a la Transición. En el contexto de los movimientos hacia la democracia de esos países, esos grupos de beneficiarios privilegiados centraron su interés en el mantenimiento de sus privilegios en materia de protección sanitaria, constituyéndose en obstáculos para las reformas que, en atención a las nuevas demandas creadas, y a las expectativas creadas por la posibilidad de que esas demandas se expresaran bajo el nuevo régimen democrático, pretendieran ampliar el ámbito poblacional de la protección. Esta posición la adoptaron también en algunos casos organizaciones sindicales representativas de los trabajadores más organizados que estaban presentes en los órganos de gobierno de algunos sistemas de protección de los países respectivos.

También se produjeron situaciones contradictorias por parte de los funcionarios y el personal de los servicios públicos, en defensa de su propia situación y el mantenimiento de sus intereses económicos.

Sobre los servicios públicos, y en particular sobre los sanitarios, gravitaban también los intereses de diferentes agentes privados de los propios países o de otros, como los sectores financieros, las compañías de seguro, principalmente norteamericanas, interesadas en su penetración en los nuevos mercados abiertos, así como las empresas farmacéuticas, a cuya evolución se alude también en un apartado posterior.

A la luz de los diferentes efectos que sobre la constitución de sus sistemas de protección sanitaria produjo la evolución a la democracia en esos países, así como de los factores a los que he hecho referencia que resultaron más determinantes para su evolución posterior, no parece que se pueda definir ninguna forma de relación directa entre la transición a la democracia de un país y la constitución concreta de un sistema de protección social, ni siquiera de la amplitud de la cobertura material y personal de la protección.

Tan sólo podría establecerse alguna relación entre los procesos democratizadores y la facilitación de la expresión de las demandas a favor de la redistribución, también en el sentido de mejorar el acceso a los servicios sanitarios, por parte de los grupos menos favorecidos. Lo que un régimen democrático parece añadir es la posibilidad de expresión de grupos de población más amplios, con frecuencia con intereses contrapuestos, que los que se expresan en un régimen autoritario, sin que, sin embargo, de ello se pueda deducir en un sentido definido el resultado de la confrontación entre ellos. Por el contrario, el resultado parece depender ante todo de la fortaleza de los grupos de interés existentes en cada caso, en especial de aquellos grupos cuya posición principal es la defensa del mantenimiento y la mejora de sus sistemas específicos de protección, en especial si éstos existieran de manera diferenciada en el período previo a la transición democrática.

Por su parte, la transición a la democracia responde ante todo a una demanda de igualdad civil (la igualdad de todos ante la Ley) y política (el sufragio universal), pero en los procesos observados la demanda de igualdad social y económica, complementaria de la anterior, que es el terreno en el que se mueve la protección sanitaria, no está garantizada, sino que más bien ha ocurrido a la inversa.

Por otra parte, en los sistemas democráticos, también los ya constituidos desde hace más tiempo, las demandas de igualdad económica y social, incluida la sanitaria, se expresan de manera preferente en términos de “voluntad de reducción de las desigualdades”. Se trata de una expresión ambigua que resulta con frecuencia contradictoria con la evolución real de la protección, sin que se fije un objetivo de total igualdad, y menos aún sin que se precisen los términos concretos de la desigualdad que se aspire a reducir, ni los instrumentos para su medición; o, como ocurre con frecuencia, expresando el objetivo en términos de imposible consecución (“igualdad en salud”), cuyo incumplimiento sistemático, imposible en el contexto económico en el que se produce su formulación, no evita su reiteración.

V.5.- La comparación de los factores contribuyentes al establecimiento de los primeros servicios nacionales de salud que se constituyeron y la situación existente en el momento de la constitución del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, por otra parte vinculado al proceso de constitución de la democracia en España, arroja algunos datos de interés para ayudar a comprender la debilidades de su creación y las observadas en su evolución posterior. Las observaciones de mayor interés son las siguientes:

5.1) El contexto político y económico de la creación del SNS permite hablar de que el modelo elegido para su constitución (el de un servicio nacional de salud con las características propias de éstos definidas en términos de cobertura poblacional, financiación y provisión) era en aquellas circunstancias un modelo anacrónico.

Más de treinta años después de la constitución de los primeros servicios nacionales de salud, las circunstancias políticas y económicas existentes a la constitución del SNS español, en especial las bases doctrinales económicas en las que sustentar las propuestas políticas, habían cambiado de sentido por completo.

La crisis económica de mediados de los años setenta, cuyos orígenes hay que poner en relación de manera inmediata con el aumento de los precios de los productos energéticos básicos, singularmente del petróleo, se solventó con el predominio de las propuestas económicas liberales. Esas nuevas doctrinas dominantes, que suponían un cuestionamiento específico del Estado de bienestar como un lastre añadido del que debería liberarse la economía de cualquier país para poder crecer de manera adecuada, una posición que ha sido objeto de formulación más expresa en los últimos años, no encontraron una contestación significativa en el ámbito económico.

Por su parte, los gobiernos socialdemócratas que en Europa, el ámbito característico de creación de los Servicios Nacionales de Salud, se fueron alternando con otros conservadores en aquellos años, a falta de bases doctrinales económicas distintas no se diferenciaron de manera significativa en la aplicación de sus políticas de los gobiernos conservadores, e incluso asumieron como propias muchas de ellas, entre ellas la de la menor eficiencia “esencial” de la gestión pública. Esa asunción de propuestas e ideas con raíz en ámbitos políticos diferentes al propio tuvo en algunos casos expresiones concretas en el terreno de los servicios sanitarios, de las que el mejor ejemplo, al margen de su envoltorio argumental, son las políticas aplicadas por los gobiernos laboristas desde el primero de Tony Blair sobre el NHS. La ausencia de iniciativas políticas propias y originales de esos mismos partidos es una situación que se ha perpetuado hasta la actualidad, y que ha provocado la crisis de no pocos de ellos.

Que en ese contexto, y en el de una economía cada vez más “globalizada” según la terminología actual, se generase una propuesta como la de la creación de un Servicio Nacional de Salud en nuestro país (aunque de gestión descentralizada para adaptarse al proceso político prioritario en el desarrollo político español), modelo que suponía de manera más o menos explícita una reedición de las ideas keynesianas, requiere de alguna explicación. Las informaciones disponibles apuntan a que la adscripción formal

al modelo de servicio nacional de salud en la LGS se formuló sin ningún compromiso real del Gobierno y el partido que la desarrollaron con su aplicación con todas sus consecuencias, al menos en el terreno de la extensión universal de la cobertura ni en el de su forma de organización.

Con todo, lo que parece de mayor importancia en este punto no es sólo valorar las razones que podrían justificar que la definición formal del modelo no se correspondiese con el compromiso real con su aplicación sino, de manera principal, que la ausencia de un sustrato doctrinal dominante para la creación de un Servicio Nacional de Salud en el momento en el que se llevó a cabo la constitución legal de nuestro Sistema constituyó de manera objetiva un obstáculo significativo y una hipoteca relevante para el éxito de la aplicación del modelo enunciado. Empresa que, por no adaptarse a al menos una parte las circunstancias reales existentes en su época, cabría calificar en consecuencia y en ese sentido de “anacrónica” en su formulación.

5.2) La segunda observación derivada del análisis comparado de la situación española a la constitución del SNS y de las circunstancias que rodearon la creación de los primeros servicios nacionales de salud se refiere a la inexistencia en España en aquel momento de unas condiciones de solidaridad entre grupos y clases sociales propicias para la constitución de un servicio caracterizado por la universalidad y la igualdad para todos del sistema de protección.

El análisis de las mismas fuentes de información utilizadas por algunos autores para justificar que *“la sociedad española de la transición política se caracterizaba por un importante reformismo en relación con políticas específicas. Las reformas se centraban principalmente sobre las políticas igualitarias del Estado de bienestar: asistencia sanitaria, educación, vivienda, empleo y pensiones. Las tres cuartas partes de la población española señalaba la necesidad de promover la equidad al máximo, y estos logros debían ser alcanzados a través de la acumulación de reformas...”*, permiten, sin embargo llegar a la conclusión contraria en lo que se refiere a que las opiniones mayoritarias de aquel momento pudieran servir de soporte a la constitución específica de un servicio de salud de las características universales e igualitarias descritas.

De la misma manera, parece exagerado considerar que valoraciones y encuestas de la misma época que evidenciaban una posición favorable de las clases trabajadoras, de las clases medias, o de la población en general a un “cambio” en los servicios sanitarios planteado en términos genéricos pudiera servir para justificar que la

alternativa concreta por la que se optó, la creación de un “servicio nacional de salud” con todas sus características específicas propias, pudiera gozar del apoyo mayoritario de la población.

En cuanto a las demandas generales de igualdad en la sociedad española en el momento de la transición se podría considerar que las mismas incluían los aspectos civiles y políticos que estuvieron presentes en otros procesos democratizadores; pero también que, por el contrario, lo mismo que en aquéllos, las demandas no incluían la aspiración mayoritaria a lograr mayores grados de igualdad en términos sociales y económicos.

Por otra parte, en el momento previo a la constitución del SNS en la Ley General de Sanidad más del 80% de la población española disponía de cobertura sanitaria pública a través del sistema de Seguridad Social nacido durante la dictadura existente en aquel momento, que permitía la diferenciación, vinculada al trabajo desempeñado, de sistemas peculiares de atención para determinados colectivos. Esos colectivos diferenciados, que agrupaban a alrededor de tres millones de personas, incluían a los sectores con mayor capacidad de influencia en el desarrollo de las políticas públicas (altos funcionarios, militares, abogados, periodistas, trabajadores de sectores económicos e industriales más importantes, como la banca, las grandes empresas públicas, etc.).

Como he descrito para el caso de los grupos que gozaban de sistemas de protección sanitaria privilegiados en otros países, en especial latinoamericanos, que siguieron procesos de transición a la democracia semejantes, aunque un poco posteriores en el tiempo, al español, el interés de estos grupos se centró, como cabía esperar, en el mantenimiento de las condiciones que permitían a cada uno de esos grupos mantener un acceso privilegiado a los servicios sanitarios. La facilitación de ese acceso privilegiado les hacía posible sortear los problemas de acceso a los recursos de menor coste con mejores condiciones “hoteleras” y de comodidad para su prestación, e incluso evitar el acceso a la atención más sofisticada (al “especialista”, en términos populares), a través de la “puerta de entrada” de la atención primaria, el nivel de atención de menor prestigio en España. Éste era, sin embargo, en otros “servicios nacionales de salud” una pieza esencial de la racionalización y eficiencia de esos sistemas.

Por su parte, la configuración de esos sistemas específicos permitía habitualmente a la población acogida a ellos, si era finalmente necesario, recurrir en

último término a los recursos más especializados y más costosos, concentrados, por razones históricas a las que he aludido en la primera parte de este trabajo, en los centros creados para la prestación del régimen general de atención. Y todo ello con la duplicación innecesaria y por tanto ineficiente del gasto, que, sin embargo, no se puso en cuestión.

Si de las opiniones generales y poco específicas se pasan a analizar las prioridades hechas presentes por las organizaciones sindicales en los llamados Pactos de la Moncloa, la prioridad real otorgada a la sanidad en las posiciones sindicales y de los partidos de la izquierda queda bien reflejada en el hecho de que la única cuestión relacionada con la sanidad recogida en los Pactos eran las dirigidas al control del gasto farmacéutico.

El único grupo social del que se puede deducir que de manera más o menos concreta sostenía la creación de un “servicio nacional de salud”, similar en sus condiciones generales universalistas y de financiación y provisión públicas a las del NHS británico, era, por razones derivadas principalmente de su concepción de lo que podría y debería ser un ejercicio profesional adecuado, el de los médicos que se habían agrupado en torno al desarrollo del programa de formación de especialistas conocido como sistema MIR. Un grupo a cuya evolución, en términos de pérdida de capacidad de influencia, se hace alusión en una observación posterior.

Por todo ello se puede concluir que la constitución del SNS como un servicio nacional de salud (con el añadido de su gestión descentralizada) resultó, además de anacrónica, incongruente con la situación previa de la cobertura sanitaria, las preferencias de sectores clave y las demandas reales de la población, más aún cuando la mayoría de ésta no dedujo de esa declaración modificación alguna de su relación con el sistema con respecto a aquélla de la que disponía con anterioridad.

5.3) Por su parte, tres años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad, desde ámbitos cercanos o incluso propios del Partido Socialista se comenzaron a formular propuestas para la organización de los servicios recién constituidos en Sistema Nacional de Salud que suponían alterar de manera sustancial la organización interna de éste.

Tales propuestas, que comenzaron con el Informe Abril y se siguieron algún tiempo después de propuestas poco precisas para cambiar la gestión de los centros del SNS, suponían una copia poco adaptada a la peculiaridades de la situación del sistema español de las medidas que se estaban adoptando por los servicios nacionales de salud

de otros países que, sin embargo, habían iniciado el desarrollo de los mismos en una época muy anterior.

Desde un punto de vista descriptivo, su “importación” a nuestro sistema tras un plazo tan corto después de la creación del SNS se puede, por eso, calificar, como lo he hecho en la parte descriptiva del trabajo, como extemporánea y no adaptada a la realidad del propio sistema, que no había empezado a desarrollarse de manera coherente, y como una contribución a debilitar sus fortalezas específicas, parte de las cuales se basaban precisamente en su propia forma de organización.

A su vez, la generación desde el entorno del Partido Socialista de esas medidas de reforma contradictorias con la constitución misma del Sistema recién creado puede contribuir también a entender o justificar las políticas desarrolladas en nuestro sistema sanitario. Dichas medidas se deben considerar ante todo como la manifestación “sintomática” externa de los desacuerdos en el seno del propio Partido Socialista que se produjeron en torno a la constitución de ese Sistema con las características descritas. Desacuerdos iniciales que permanecieron hasta hacerse patentes de la forma indicada, y que demuestran el escaso grado de apoyo y, en consecuencia, el reducido arraigo del que gozó la constitución del Sistema en el seno del Partido Socialista con las características y el modelo que se vienen citando.

Esa situación de discrepancias internas, o la ausencia de una posición homogénea dentro de los partidos socialdemócratas sobre la organización de los servicios sanitarios, se ha definido antes, a la vista de experiencias históricas previas que se vienen repitiendo hasta ahora, como uno de los problemas esenciales para garantizar la fortaleza de cualquier servicio público y universal de salud. Una valoración que, a la vista del desarrollo posterior de las políticas descritas, resulta también aplicable a nuestro caso.

5.4) Los años que mediaron entre la constitución de los primeros servicios nacionales de salud y la del sistema sanitario español conforme al mismo modelo más de treinta años después vieron además un desarrollo exponencial de la industria farmacéutica (también el de otras tecnologías sanitarias, aunque su grado de desarrollo es diferente), asentado en buena parte sobre la base del consumo garantizado de sus productos por los servicios públicos sanitarios.

La industria farmacéutica así desarrollada constituye ahora en los países desarrollados uno de los primeros sectores industriales en términos de beneficios obtenidos por capital invertido, así como uno de los mejor capitalizados. La caducidad

de algunos sistemas tradicionales de desarrollo de nuevos productos, que podría poner en cuestión su papel de sector industrial preferente, se está abordando de distintas maneras, incluyendo entre ellas la asociación con empresas de biotecnología que están modificando no sólo los sistemas de producción, sino también la orientación terapéutica de los nuevos productos, que permitirán previsiblemente en el futuro la adaptación de los tratamientos a las condiciones individuales de cada enfermedad y de cada paciente.

Por todo ello, siguiendo una tendencia que no es previsible que desaparezca en el futuro, al menos en el más próximo, de manera progresiva el consumo de los productos farmacéuticos de distinta naturaleza, desarrollados conforme a patrones de innovación dirigidos por la propia industria, se ha convertido en uno de los determinantes principales del crecimiento del gasto sanitario. A ello contribuye también la capacidad de la industria de controlar la actuación de todos los eslabones de la cadena (los reguladores, los prescriptores) que llevan hasta el consumo final por los pacientes (sobre los que también se ejerce cada vez más influencia directa e indirecta por vías diferentes, como la publicidad dirigida a los mismos, o el patrocinio de las asociaciones constituidas en torno a determinadas patologías). El crecimiento del gasto, a su vez, constituye el problema fundamental para la sostenibilidad de todos los sistemas sanitarios, en especial de los sistemas públicos que pretenden extender su cobertura material a la totalidad de los productos comercializados.

Por su parte, la capacidad económica de este sector industrial, constituido como industria trasnacional desde hace años y que supera la capacidad económica de países enteros, lo ha convertido en un agente activo con capacidad de influencia sobre las políticas de todos los gobiernos que tienen alguna clase de relación con el sector, incluidas las relativas a la constitución de los servicios sanitarios. Un papel que la industria farmacéutica viene ejerciendo en todos los países, desarrollados o no, desde hace también muchos años, en cada uno conforme a las características específicas de su sistema político, a veces de manera tan explícita como ocurre en estos momentos en el debate sobre la reforma sanitaria promovida por el presidente Obama en los Estados Unidos.

Que España, a diferencia de lo ocurrido en los momentos constituyentes de otros servicios nacionales de salud, no era ajena a esta situación en los momentos previos a la constitución del SNS, y que el coste de la prestación farmacéutica y su ritmo de crecimiento constituían ya un problema relevante para el sistema sanitario español en

aquel momento, queda bien reflejado en que éste fue el único aspecto sanitario que tuvo cabida expresa en los pactos de la Moncloa, alcanzados al inicio de la Transición.

Sin embargo, a lo largo de los años transcurridos desde entonces, como he apuntado en la parte descriptiva de este trabajo, no se han cambiado en lo sustancial las políticas farmacéuticas. Por su parte, el gasto farmacéutico y en general en tecnologías sanitarias es el factor más importante del gasto de nuestro sistema sanitario, en un porcentaje sobre el total del gasto público sanitario diez puntos superior al promedio de otros países, en detrimento de otros factores de gasto del propio sistema, en concreto el relativo al gasto en personal, que en las estadísticas comparadas es inferior al de otros países en una proporción similar pero inversa al anterior.

Todo ello constituye la manifestación más explícita de que la influencia política de ese sector industrial se ha venido ejerciendo también de manera activa por una y u otra vía sobre los responsables políticos de nuestro sistema sanitario, y también sobre los propios agentes del sistema, de manera destacada los médicos, que son los responsables principales de la utilización de los productos generados por estos sectores industriales. De esa forma éstos últimos se han convertido en los agentes externos al Sistema con mayor capacidad de influencia sobre las políticas desarrolladas en torno al Sistema Nacional de Salud.

Por ello, en el momento actual estas políticas no pueden considerarse tan sólo ni de manera preferente como relacionadas con la protección sanitaria, sino como la resultante de la interacción de esos objetivos sociales con el desarrollo de esos sectores industriales que se encuentran entre los que ocupan en el momento actual los primeros lugares en términos de rentabilidad y perspectivas de desarrollo futuro; una situación que debería tener consecuencias sobre la manera de regular ambas cuestiones de manera que no se favorezca más aún el predominio de la influencia de esos agentes externos sobre los intereses públicos de la protección sanitaria universal.

5.5) Otra de las situaciones diferenciales de la época en la que se constituyeron los primeros servicios sanitarios públicos universales y el momento en el que se constituyó el SNS español es la existencia de potentes compañías de seguros médicos privadas en esta última época. Una situación que, en todo caso, hay que referir principalmente a los Estados Unidos, y que tiene también su reflejo en las comparaciones sobre gasto sanitario que se pueden realizar entre los servicios de salud de distintos países.

Por otra parte las compañías de seguro mantienen allí una capacidad de intervención política semejante, e instrumentada a través de mecanismos similares a los utilizados por la industria farmacéutica, para influir sobre el diseño de los servicios sanitarios de aquel país, de manera que su organización resulte conforme a sus propios intereses. Se trata de una situación que se ha puesto también de manifiesto de manera específica en estos días, en los que la posición sanitaria de los seguros privados se ha convertido finalmente en la única oposición expresa a la reforma que pretende extender la cobertura sanitaria a los más de 45 millones de personas, una cifra de tendencia creciente, que carecen de protección sanitaria allí.

En España, como en el resto de los países europeos dotados de servicios públicos de salud, que han venido constituyendo una auténtica barrera para la ampliación de las perspectivas de éstas, el desarrollo de las compañías de seguro privadas era muy limitado en el momento de la constitución del Sistema. Lo que, sin embargo, no impidió que, por razones a las que me he referido en diferentes ocasiones a lo largo de este trabajo, España ocupara ya una posición inédita respecto a la de los países de nuestro entorno en el momento de la Transición: nuestro país era el único en el que compañías de seguro privadas participaban en la gestión de la protección sanitaria pública de un grupo de población. Eso es lo que venía ocurriendo en la prestación sanitaria de la Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado desde la constitución de su régimen especial de Seguridad Social, lo que se extendió a los funcionarios de la Administración de Justicia cuando se constituyó su propio régimen especial de protección.

Siendo en todo caso la situación de las compañías de seguros sanitarios una peculiaridad del país norteamericano, la adquisición de un poder económico creciente por parte de las mismas determinó hace ya años su intento de expandir su ámbito de negocio a otros países; lo que se ha puesto de manifiesto en diferentes iniciativas que se distinguen por la zona geográfica (Latinoamérica; países del este europeo tras la caída del Muro) en que se han producido, pero que encuentran un nexo común en el intento de incluir la gestión de los servicios sanitarios en los tratados de libre comercio del GATS, una cuestión sobre la que no se ha cerrado todavía un acuerdo.

Lo que significaría ese paso para los países europeos que disponen de servicios públicos sanitarios sería abrir la cobertura y la provisión de servicios públicos sanitarios de cualquiera de ellos a la libre competencia de compañías privadas aseguradoras y cadenas de hospitales del mismo y de otros países, incluido por supuesto el

norteamericano, donde esas empresas están especialmente desarrolladas, acabando así con el monopolio asegurador y asistencial en el territorio de esos países que ha venido ejerciendo en la práctica el sistema sanitario público respectivo en cada uno de ellos. Un objetivo muy próximo a los objetivos de una directiva europeo sobre servicios sanitarios que se viene discutiendo en los últimos años, cuya coherencia con las propuestas norteamericanas en la Organización Mundial de Comercio contribuye a explicar la posición de no rechazo a las mismas que se ha expresado en diferentes ocasiones por la representación europea en dicha Organización.

Las razones para el desarrollo de esas medidas, que se han potenciado también en los tratados comerciales suscritos en otros ámbitos geográficos, son de raíz netamente económica: en el momento actual los servicios sanitarios, junto con otros componentes del sector terciario de la economía, están sustituyendo a la industria manufacturera como fuente principal de beneficios. La exportación de servicios, incluídos los educativos y los sanitarios, ha venido contribuyendo a una tercera parte del crecimiento económico de los Estados Unidos antes de la crisis, y supone también una cuarta parte del total de las exportaciones de la Unión Europea. Por otra parte, las previsiones que se formulan acerca de los sectores económicos de probable desarrollo prioritario en el futuro incluyen también a la industria de los seguros privados de distinto tipo, también los sanitarios, un ámbito que se caracteriza por la acumulación de capital en pocas manos que se adecua a la perfección al capitalismo financiero que domina esta fase de desarrollo del sistema capitalista global, frente al que es cada vez menos eficaz la intervención de los reguladores públicos, en especial en un contexto globalizado.

Todo ello configura al sector asegurador privado, y a las grandes cadenas privadas de hospitales, la mayoría de ellas también norteamericanas, como un segundo agente externo a los sistemas sanitarios públicos que, sin embargo, junto con las industrias de tecnologías sanitarias, va a resultar más determinante en la configuración de aquéllos; una situación por completo distinta de la que existía cuando esos sistemas se crearon.

En el caso español, la participación sostenida de las aseguradoras privadas “nativas” más importantes en la gestión de una parte específica de la protección sanitaria pública ha supuesto el mantenimiento de la tolerancia de hecho de la ruptura del principio de la gestión pública del SNS. Las modalidades en la que se ha ejercido de hecho la protección ha facilitado que las compañías que intervenían en ese régimen

específico de intervención no precisasen para hacerlo del desarrollo de una red propia ni ampliada a todos los ámbitos de cobertura material de la atención en todo el territorio, sino que, en aquellas zonas en las que ese desarrollo no les ofreciera condiciones de rentabilidad adecuadas a sus propios intereses, pudiesen recurrir en condiciones de “reaseguro” conveniadas con los servicios públicos de salud a la atención prestada por estos últimos. Una situación que resulta semejante al de las compañías aseguradoras privadas en el país norteamericano, que está en la raíz de algunos de los problemas más específicos del sistema de atención de aquel país.

Por otra parte, esa experiencia previa mantenida ha tenido otros dos efectos secundarios: en primer lugar, que el mantenimiento de la mayoría de las compañías privadas de seguro en nuestro país, al menos de las más importantes, se encuentre estrechamente vinculado al ejercicio de la protección pública de al menos un parte de la población, al margen de cuyo ejercicio los datos son tercos en confirmar que en España, como en otros países que disponen de sistemas públicos sanitarios potentes, es difícil lograr una expansión significativa de los seguros sanitarios privados.

Pero, por otra parte, ha proporcionado a estas compañías “nativas” una situación de ventaja de cara a ampliar su participación en la gestión del sistema público español una vez que ese objetivo ha adquirido una dimensión común de nivel europeo. Esta situación se ha traducido en la expansión de la participación de las compañías privadas en la gestión de lo público a otras modalidades de actuación, en concreto la gestión de centros de la red pública mediante la aplicación de formas específicas de la PFI.

En este caso la construcción de los centros correspondientes se lleva a cabo por grupos de empresas de las que forma parte una aseguradora privada, que es la que luego, manteniendo o no la unión temporal de empresas constituida para ese fin inicial, desarrolla la gestión del centro construido, cuyo pago se lleva a cabo mediante el pago de un canon por la prestación de los servicios acordados en cada caso. Ese modelo es el seguido originalmente en el Hospital de Alzira, una nueva “forma de gestión” con arreglo a los términos de la Ley 15/1997, sobre cuyo cumplimiento siquiera de las condiciones establecidas en ésta caben más que dudas razonables, pero que se ha extendido después a otros centros, como los de Torrevieja, Denia (y otros) en la Comunidad Valenciana, y que se ha expandido también en Valdemoro y el nuevo Hospital de Móstoles a la Comunidad de Madrid.

En relación con ello cabe sugerir que es precisamente la implicación en España de las compañías aseguradoras privadas en esa específica forma de gestión que suponen

estas modalidades dentro de la fórmula PFI la que permite observar la pujanza, al menos dialéctica y de defensa de la fórmula, de ese modelo en nuestro país. Esa pujanza aparente contrasta con las dificultades que se vienen observando para la extensión del mismo en otros países, como el Reino Unido. Allí la aplicación del modelo PFI como instrumento al margen de la contabilidad pública del sector (lo que se ha comenzado a poner en cuestión desde la Unión Europea) para la obtención de capital privado para la construcción de infraestructuras sanitarias o de otro tipo, que fue el origen de su aplicación, ha dejado de contar con el interés por la participación de las empresas de otros sectores en la licitación.

Se trata, en consecuencia de un camino, el de la apertura de la gestión del sistema sanitario público a la actuación de compañías privadas en el que, por las circunstancias señaladas, nuestro país podría estar representando un papel precursor, como consecuencia de circunstancias diferenciales en la constitución de nuestro sistema que se arrastran desde que éste se creó poco después de la Transición.

5.6) Otro rasgo diferencial de la situación española en el momento de la constitución del SNS que se ha mantenido hasta la actualidad durante su evolución posterior es una situación estructural que es común a los órganos de la Administración que determinan la orientación principal de las políticas farmacéuticas y las del sector asegurador. Unos y otros se podrían caracterizar por el rasgo común de situar los órganos de gobierno principales correspondientes a la regulación de unas y otras políticas al margen del Ministerio de Sanidad o en terreno en el que las posiciones de éste son minoritarias, bajo la dependencia o la influencia principal de los Ministerios económicos (el de Economía y Hacienda, que ha ido variando su organización de esas dos competencias, uniéndolas a veces y en otras separándolas) o el que define las políticas industriales, sea cual sea su denominación. A lo que habría que añadir la independencia con la que las políticas de protección sanitaria de determinados colectivos, principalmente las relativas a los funcionarios, se vienen formulando desde el Ministerio (de la Presidencia o de Administraciones Públicas, de manera variable) encargado de las políticas sobre Función Pública, o desde el de Justicia para el colectivo específico que constituye el tercer poder del Estado o trabaja a su servicio.

En el caso de las políticas farmacéuticas, los órganos que definen los precios de los medicamentos, en los que la posición sanitaria es minoritaria, no tienen como función establecer los precios de los medicamentos para el consumo general, algo en lo que podría ser razonable considerar una presencia determinante de los departamentos

que enfocan la cuestión como relacionada principalmente con el desarrollo económico en general y el industrial de ese sector en concreto, sino, de manera precisa, “los precios aplicables en el Sistema Nacional de Salud”. Las relaciones con los proveedores de los productos farmacéuticos por parte de quien es en España el principal consumidor de los mismos se ven así subordinadas de hecho a decisiones que son el resultado de negociaciones que, como ya he descrito, y en lo que coincide nuestra situación con la de otros países, no son públicas, y responden a consideraciones distintas a las de lograr su mejor uso en beneficio de toda la población cubierta por el Sistema. Éste, por el contrario, se ve así privado de poder establecer una negociación abierta en la que utilizar el poder derivado de su posición mayoritaria como comprador.

Lo mismo ocurre en el caso de los seguros privados sanitarios, cuyas políticas de precios en general, pero también las que se refieren a los contenidos de las pólizas de cobertura, así como las garantías y condiciones de su prestación, se regulan por una Dirección General adscrita a uno u otro Ministerio económico, que sólo ha venido contando tradicionalmente con el de Sanidad para valorar las peticiones de alza de precio de las pólizas justificadas por supuestos aumentos de la cobertura material de las mismas sobre la base de la adición de alguna nueva prestación.

Todas esas actuaciones desde ámbitos ajenos al sanitario, a las que hay que añadir las citadas relativas a la intervención de otros departamentos ministeriales en la definición de la cobertura sanitaria de algunos colectivos específicos, constituyen una buena expresión de las dificultades añadidas que para la constitución de un servicio de salud que ofrezca protección universal y homogénea a toda la población supone la dispersión de centros de responsabilidad con capacidad para influir en políticas esenciales para el sistema sanitario que se da en la administración española. Una dispersión respecto de la cual el Departamento teóricamente responsable del propio sistema carece de cualquier capacidad de coordinación.

Esa situación, que es estructural y sostenida, y no meramente coyuntural, resulta la mejor expresión de que la constitución de una protección sanitaria de las características universales y homogéneas citadas no ha formado nunca parte de las prioridades de ninguno de los gobiernos democráticos habidos en España desde la Transición. Pero puede contribuir también a entender por qué las políticas desarrolladas desde ese plazo en este campo se han orientado en la manera en que lo han hecho, contribuyendo en el caso de muchas de ellas a debilitar la posición del propio Sistema frente a los principales agentes externos al mismo que, sin embargo, en el momento

actual disponen de la mayor capacidad de influencia para determinar su configuración y su futura orientación.

5.7) Otra diferencia marcada entre la situación española para la constitución del SNS y las actitudes adoptadas en otros países para hacer posible la de sus servicios nacionales de salud es la relativa a las relaciones y pactos establecidos con los profesionales sanitarios, singularmente con los médicos, que son la pieza clave de los sistemas sanitarios, para atraerlos hacia la colaboración con los servicios de salud que se trataban de crear y superar las posiciones contrarias a su constitución que pudieran manifestar inicialmente.

La situación de partida a este respecto en España era ya distinta de la que se dio en épocas previas en otros países que desarrollaron o trataron de llevar a cabo iniciativas semejantes: en la época previa a la constitución del SNS existía un grupo significativo de médicos, cuya importancia no era sólo numérica, sino también derivada de que representaba a los médicos mejor formados y más abiertos al progreso científico, que tenían una clara posición favorable a la constitución del sistema sanitario bajo una forma semejante a la del NHS británico, constituido para ellos en el paradigma de los servicios nacionales de salud. Se trataba de los médicos que introdujeron en España el sistema MIR de formación posgraduada, y buena parte de los que siguieron ese sistema formativo en los primeros años (a partir de 1977) de su formalización.

La posición de estos grupos se extendía también a la impugnación de la representación corporativa de la profesión a través de los Colegios de Médicos, dominados desde la dictadura por los sectores más conservadores y menos abiertos al progreso científico de la profesión.

Aprovechar la oportunidad que para la creación del NHS suponía la existencia de ese grupo, pese a la oposición que se produjese por parte de los sectores más conservadores de la profesión, que eran claramente mayoritarios en el ámbito de la atención primaria, habría exigido, lo mismo que había ocurrido años antes en otros países, aunque con la diferencia de disponer de esa posición favorable inicial por parte del grupo descrito, invertir en el establecimiento de unas condiciones económicas que permitieran la dedicación preferente de los profesionales al trabajo en los servicios públicos.

A la vez, se debería haber estimulado que el desarrollo de los servicios públicos quedase en manos de quienes se comprometiesen al ejercicio exclusivo en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, con la contraprestación económica correspondiente. Algo

que, por otra parte, no era difícil de lograr en aquella época, pues el ámbito del ejercicio privado, que ya pasaba entonces principalmente por el trabajo para las compañías aseguradoras privadas, era muy limitado, y sometido a condiciones económicas muy restrictivas, como correspondía a un ámbito que desempeñaba sólo un papel suplementario, sin posibilidad de competencia con los servicios públicos entonces en fase de expansión.

Sin embargo, las prioridades políticas en relación con la medicina que se dieron al inicio de la Transición, y en el momento en el que el PSOE accedió al Gobierno, no eran, como he descrito, y por distintas razones, las del desarrollo de los servicios sanitarios que se demandaban desde este sector de la profesión médica. Por el contrario, la prioridad política en el terreno sanitario era la del control económico del crecimiento del gasto del sector, una labor que si nos atenemos a las cifras de gasto en aquel período, fue desempeñada de manera eficaz por el primer ministro socialista de aquel período, el malogrado Ernest Lluch. Pero esa prioridad política suponía, a su vez, no plantear ningún pacto con los profesionales del sector, principalmente con los médicos, que pudiera suponer cualquier clase de compromiso económico con éstos que significara un aumento del gasto.

La consolidación de esas políticas restrictivas propició el alejamiento progresivo de esos grupos del servicio público, en el que tampoco se propició el predominio de los médicos que planteasen dedicarse de manera exclusiva al sistema público de protección. En los apartados descriptivos de este trabajo he hecho una descripción más amplia de las políticas concretas (ausencia de compromiso por parte de las autoridades sanitarias en la aplicación del régimen de incompatibilidades con la actividad privada; establecimiento de sistema retributivos que incentivaban teóricamente la dedicación al sistema público sin ningún control real del cumplimiento de esas condiciones para su aplicación) que propiciaron ese distanciamiento.

De la misma manera, las políticas dirigidas hacia los profesionales quedaron congeladas en una situación en la que los sectores que podrían haber aportado más al desarrollo del Sistema resultaron marginados y fuera de los circuitos de la representación corporativa, puesto que no se llegó a desarrollar ninguna política específica dirigida a hacer posible que esa representación se abriera de manera real a los sectores más dinámicos de la profesión.

Desde el punto de vista social y corporativo, el vacío creado por la carencia de una representación médica adecuada se ha llenado, aprovechando la situación, por otras

representaciones corporativas, de manera singular la de la enfermería y la farmacéutica, que han disfrutado al menos del apoyo, por supuesto guiado por sus propios intereses más inmediatos, de la mayoría de quienes ejercen la profesión (en el caso de la enfermería), o al menos de determinadas modalidades de ésta (los propietarios de oficinas de farmacia). Sin embargo, ni la una ni la otra profesiones citadas pueden suplir el papel individual y colectivo de los médicos en el SNS. De las dos se hace un análisis específico de su situación en los apartados anteriores del trabajo. Con respecto a la de enfermería se obtiene como principal conclusión la desorientación profesional, unida a la ambición en cuanto al nivel de titulación, que conlleva el retributivo, que caracterizan su situación actual. En cuanto a la farmacéutica, resulta evidente que su organización corporativa tan sólo representa a un sector de la profesión, al que une sobre todo el interés económico vinculado a la propiedad de las oficinas de farmacia.

Por otra parte, las consecuencias del vacío creado por la pérdida del papel desarrollado por los médicos en nuestro sistema tuvo y mantiene también su expresión en el terreno de la organización de los servicios: de la primera época de gobierno del PSOE es la modificación de los órganos de gobierno de los centros públicos sanitarios, con la creación de una dirección propia e independiente de la enfermería que se trasladó a todos los niveles de la organización. La modificación tuvo lugar sin ninguna valoración previa de los efectos de la disociación de los órganos de dirección de unas y otras profesiones en el nivel de los servicios que prestan directamente la atención sobre la calidad, la efectividad y la eficiencia de la misma.

Por el conjunto de las razones indicadas se puede afirmar por todo ello que, a diferencia de lo ocurrido en otros países que crearon sistemas nacionales de salud, ni en el origen del Sistema sanitario español, ni en su evolución posterior, se ha tratado de potenciar, sino más bien al contrario, la “fidelización” de los profesionales médicos a favor del Sistema. Por el contrario, algunos de los desarrollos habidos han contribuido a favorecer la influencia sobre los profesionales médicos españoles como conjunto de los agentes externos al Sistema más capaces de determinar su evolución: la importancia que está adquiriendo en muchos centros el desarrollo de ensayos clínicos de nuevas terapias y medicamentos, patrocinados por las industrias correspondientes, que a través de fundaciones constituídas al efecto en cada centro tienen repercusiones económicas directas e indirectas sobre las retribuciones percibidas de manera sesgada por los médicos que participan en esas actividades, son un buen ejemplo de esa evolución .

Por su parte, desde los poderes públicos no se han adoptado en ningún momento iniciativas, como una modificación de la normativa que regula los colegios profesionales médicos, que pudieran contribuir a dar valor a su organización corporativa, que permanece así en general en manos de los sectores más conservadores de la profesión. Lo que no obsta para que se haya seguido atribuyendo la colaboración en funciones públicas a los representantes designados por la propia organización.

Esa combinación de situaciones que determinan el alejamiento de los profesionales médicos de los intereses del Sistema público constituyen una diferencia significativa con lo que ocurrió inicialmente en otros países para la constitución de los servicios públicos de salud, y se encuentra en la raíz de algunas de las debilidades más significativas de las políticas desarrolladas por nuestro Sistema en su evolución posterior.

5.8) La misma situación de precariedad que en la conclusión anterior he descrito para los profesionales médicos en el desarrollo del sistema sanitario público se puede predicar de quienes, siendo médicos o miembros de otras profesiones, deberían, en términos de Mintzberg, haber desempeñado el papel de la “tecnoestructura” en el propio Sistema, sin la que éste carece de un soporte sólido que permita mantener la homogeneidad y la coherencia del sistema público de protección.

Por razones históricas a las que me he referido en apartados descriptivos anteriores de este trabajo, la limitada “tecnoestructura” sanitaria existente durante la dictadura y el período previo a la llegada del PSOE al poder, que en las descripciones citadas identifiqué con los cuerpos de funcionarios sanitarios que entonces existían, fue barrida en la práctica, por razones de desconfianza política, cuando se produjo el acceso al Gobierno del partido citado.

El vacío creado en este caso se trató de llenar, con la facilitación del acceso al desarrollo del papel propio de la “tecnoestructura” (el análisis y la propuesta de estandarización de estructuras, procesos de trabajo, habilidades y capacidades técnicas, productos) por parte de los miembros de otras partes de la organización, descritas en los mismos términos organizacionales de Mintzberg como el “núcleo operativo” (principalmente los médicos asistenciales, estableciendo un mecanismo de movilidad reversible entre la actividad asistencial y el desempeño de funciones administrativas o de gestión en la organización sanitaria) y el “staff de apoyo” (funcionarios de ámbitos administrativos, legales o económicos ajenos al Sistema sanitario que han ido ocupando

un espacio cada vez más amplio en los distintos niveles de su organización por procedimientos que se especifican también en el trabajo anterior).

El mecanismo de sustitución se hizo aún más complejo al combinarse con la descentralización sanitaria que se llevó a cabo, provocando como consecuencia de ésta la multiplicación de sus efectos diversificadores: de una parte, la creación de esbozos de “tecnoestructura” (cuerpos de funcionarios o grupos de gestores) propios y específicos de cada Administración sanitaria autonómica; de otra, la anulación de los efectos potenciadores de un cierto grado de homogeneidad en la organización sanitaria de éstas y del conjunto del Sistema que se podrían haber derivado de la pertenencia a un cuerpo de origen común del personal traspasado en la transferencia de los servicios a cada CA.

Por otra parte, ninguno de los grupos que he mencionado como llamados a llenar el vacío citado disponía de formación y conocimientos específicos en materia de organización sanitaria. Como consecuencia, en el diseño y el desarrollo del Sistema se generó también una situación de vacío interno que, desde el punto de vista del establecimiento de las bases “doctrinales” del Sistema, se aprovechó desde sectores externos al mismo (de lo que pueden servir de ejemplo numerosas consultoras y “escuelas de negocio” especializadas o no en lo sanitario, que empezaron a desarrollar “másters” en gestión sanitaria y otros campos afines) para introducir en el interior del Sistema sus propias posiciones, orientadas a la liberalización y la competencia como factores de su dinamización y de la mejora de su eficiencia. Tales actuaciones coincidieron en su plazo inicial con las propuestas en un sentido similar realizadas en el ámbito público por la Comisión Abril, diferentes CCAA, e incluso, con sus propias especificidades, en el interior del propio INSALUD, a todo lo cual me he referido en los apartados descriptivos previos de este trabajo.

El papel del Ministerio de Sanidad en la creación de una “tecnoestructura” propia del sistema sanitario público ha sido y continúa siendo inexistente. La ausencia consiguiente de cuerpos de funcionarios sanitarios, puesto que ésa es la forma en la que en España se construyen las tecnoestructuras de las organizaciones públicas encargadas del desarrollo de las diferentes políticas, ha provocado que los cuerpos vinculados al diseño de otras políticas, en particular las económicas, de personal y otras (como las relacionadas con la industria farmacéutica, o con los seguros sanitarios, materias a las que desde un punto de vista estructural me he referido antes, en las que la influencia de otros departamentos ministeriales ha predominado sobre el propio ministerio sanitario) hayan sido más determinantes de las políticas sanitarias que la nueva “pseudo-

tecnestructura” organizada por las vías de sustitución mencionadas antes en el propio sector.

Esta situación contrasta también con la existente en otros países en los que se crearon servicios nacionales de salud. Contraste que no se debe principalmente a que en esos otros países, la mayoría de ellos sometidos a regímenes de derecho distintos al administrativo que rige la organización del sector público en España, no existan “cuerpos” de funcionarios semejantes a lo que ocurre en el caso español, sino que disponen de otras formas de reclutamiento y vinculación al trabajo propio de su tecnestructura diferentes a la española. La razón mayor de contraste es el peso que esos grupos que componen la tecnestructura propia de cada sistema sanitario tienen en el diseño de las políticas sectoriales específicas frente al peso de la de otros sectores de las mismas administraciones. En otros países, en el funcionamiento interno de los servicios sanitarios las posiciones de esos grupos externos deben subordinarse a las posiciones de la tecnestructura específica y propia de aquéllos, sea cual sea su forma de reclutamiento y vinculación para desempeñar su labor.

Diferentes intentos para constituir por vías ajenas a la creación de cuerpos de administración y gestión sanitaria un grupo consistente de profesionales que puedan constituirse en la tecnestructura pública del sector, una necesidad discutida desde quienes proponen la ampliación progresiva y bajo distintas fórmulas de la participación de entidades privadas en la gestión del sector, no han permitido tampoco suplir la carencia descrita. La conclusión más importante es que esa carencia, que se mantiene desde que se creó formalmente el Sistema sanitario español como tal, constituye una de sus debilidades específicas, contribuyente al desarrollo limitado o inadecuado de varias de las diferentes políticas descritas, a la vez que deja al SNS a merced de las propuestas que desde su exterior se formulen por los agentes con mayor capacidad de influencia sobre el mismo.

Desde otro punto de vista, los expertos en administración y ciencia política coinciden también en señalar la necesidad de que los servicios públicos se doten de una organización administrativa y gestora independiente del poder político, y estable, en consecuencia, en su organización y composición, de manera que su funcionamiento no se vea afectado por los cambios periódicos en la responsabilidad política que se producen en todos los sistemas democráticos. Conforme a los análisis que se realizan desde ese ámbito, en los países democráticos existe *“un consenso teórico generalizado y una sólida evidencia empírica, tanto histórica como contemporánea, señalando las*

bondades de separar la esfera política de la administrativa dentro de las administraciones públicas”, de manera que cada una de ellas ejerza como contrapeso de la otra. Lo que, a la vista de la experiencia de otros países de mayor tradición democrática que el nuestro, “lejos de tener efectos negativos, tiene un impacto saludable en términos de buen gobierno y permite una formulación de las políticas públicas más equilibrada”.

Por el contrario, la evolución que se puede observar en España ha sido la contraria a la descrita, de manera que la discrecionalidad y la variedad en los procedimientos y vías para acceder a la administración y la gestión de los servicios sanitarios ha contribuido a politizar la gestión del sector. Lo que es otra debilidad añadida del Sistema, y un factor más que puede contribuir a justificar las insuficiencias y variaciones observadas en las políticas sanitarias, para las que en esta parte del trabajo he tratado de encontrar explicación.

CONCLUSIONES FINALES

1.- La constitución de un sistema sanitario que garantizase la protección sanitaria en condiciones de igualdad para toda la población es uno de los resultados que se han vinculado a la instauración en España de un régimen democrático. Por otra parte, el Partido Socialista recaba para sí el mérito de la instauración de los mecanismos legales y organizativos que llevaron a alcanzar ese logro.

2.- Una observación detallada de las políticas sanitarias desarrolladas desde la Transición democrática en España, permite, por el contrario afirmar que las mismas no han constituido hasta ahora una prioridad política para el Partido Socialista, ni en los momentos en los que ha ocupado el Gobierno de la nación, ni en aquellos otros en los que, desde la instauración de la democracia en nuestro país, se ha encontrado en la oposición.

Por su parte, el resultado de esa ausencia sostenida de prioridad de las políticas sanitarias para el Partido Socialista está en la base de las debilidades y amenazas que afectan en el momento actual al Sistema Nacional de Salud.

3.- En el origen de la falta de compromiso del Partido Socialista con las políticas sanitarias se encuentra la ausencia de una definición clara de las mismas en los inicios constitutivos del Sistema Nacional de Salud.

Además, los desarrollos organizativos y normativos mediante los que se establecieron las características fundamentales del sistema sanitario postconstitucional no definieron unas condiciones diferenciales de éste que permitieran distinguir con claridad que su constitución suponía la de un sistema distinto al ya desarrollado de manera parcial antes de la Constitución ni, por tanto, que se pudiera considerar por la población, que no vio siquiera modificadas sus condiciones de acceso al mismo, que éste constituía un nuevo Sistema vinculado al desarrollo constitucional.

4.- Una expresión adicional de la carencia de prioridad de las políticas sanitarias que se han desarrollado por el Partido Socialista es la manera en la que se han promovido y desarrollado las medidas de reforma a las que se ha querido dar mayor significación.

Hay diferentes ejemplos de que las principales medidas destacadas como cambios sustanciales en el Sistema se han desarrollado por iniciativa y con el apoyo de grupos o sectores minoritarios específicos interesados en cada caso, que no contaron ni con el interés ni con el apoyo del conjunto de la organización sanitaria ni partidaria, ni menos aún con los de sus órganos de dirección. Tal situación ha condicionado los resultados en términos de profundidad y extensión de las medidas adoptadas y, en último término, la realidad de las propias reformas, y su coherencia con las expectativas generadas por su introducción. Dos ejemplos de medidas afectadas por este problema han sido la reforma de la atención primaria y el desarrollo de medidas de reforma de la gestión del Sistema y las instituciones sanitarias.

5.- Desde un punto de vista instrumental, una expresión del escaso compromiso de los Gobiernos y el Partido Socialista con las políticas sanitarias son los resultados de las normas de más alto rango que se han promulgado en este terreno, que en la mayoría de los casos no han proporcionado soluciones a los problemas más relevantes del SNS en el momento de su promulgación. La propia Ley General de Sanidad, las dos leyes del Medicamento, o el apoyo prestado por el PSOE a normas dictadas durante los períodos de gobierno del PP, como la Ley de Cohesión, la de ordenación de las Profesiones sanitarias, el Estatuto Marco del personal del Sistema Nacional de Salud, o las leyes que regulan el sistema de financiación, son expresiones específicas de esta situación.

6.- Otra expresión de la escasa prioridad de las políticas sanitarias para el Partido Socialista ha sido el progresivo proceso de anulación de las diferencias de sus políticas en este campo con respecto a las desarrolladas por el Partido Popular.

En un terreno en el que la iniciativa para la extensión y la mejora de la protección pública se suponía que debían corresponder al Partido Socialista, el camino seguido ha sido el inverso: en el momento actual las posiciones generales de los dos partidos están cada vez más próximas entre sí, y se sitúan en un terreno común, el del discurso predominante de la eficiencia sobre la equidad, el valor económico de la salud y la insistencia en la superación de las formas públicas de gestión, que constituyen terrenos propios de las posiciones conservadoras en este campo, sin que en ninguno de ellos se haya definido un modelo alternativo diferenciado por el Partido Socialista.

7.- Un factor determinante de la situación actual del sistema sanitario español es la falta de desarrollo de políticas públicas específicas por parte del Partido Socialista en tres terrenos concretos: el de la farmacia y los medicamentos, el de las formas de gestión del sistema sanitario adaptadas a las características específicas de la situación y organización de los servicios sanitarios españoles, y el del personal sanitario.

8.-El Sistema Nacional de Salud, concebido en sus orígenes como un “servicio nacional de salud”, ha tenido un desarrollo desequilibrado, incoherente e incompleto de sus distintos aspectos: si bien la financiación se realiza por completo por impuestos generales, el Sistema no ofrece la protección sanitaria universal y vinculada a la condición de ciudadanía que debería acompañar en paralelo a la primera; por su parte, la introducción progresiva de medios y mecanismos de gestión ajenos al propio Sistema pone en cuestión las ventajas en términos de eficiencia de que disponen los servicios nacionales de salud como consecuencia de la utilización de sus propios medios y mecanismos de gestión.

El proceso de descentralización de la atención sanitaria que se ha llevado a cabo, asentado sobre una línea de interpretación muy discutible, pero en apariencia irrevocable, de la distribución de las competencias en las materias sanitarias, y que se ha guiado ante todo por los intereses económicos de las CCAA, ha añadido contradicciones a todos esos aspectos definitorios del Sistema: el sistema de financiación desarrollado amenaza con provocar desigualdades territoriales significativas en la capacidad financiera de garantizar el acceso a niveles similares de

cobertura a toda la población, sin que el Gobierno del Estado disponga de mecanismos financieros compensadores ni estén definidos los términos de desigualdad no financiera que habría que equilibrar; las CCAA aparecen cada vez más como definidoras y garantes de la protección sanitaria de su propia población, sin que exista tampoco ningún instrumento estatal que garantice la universalidad personal y territorial de la protección; por último, la descentralización ha facilitado también la diversificación y la ausencia de coordinación efectiva de los instrumentos de gestión del sistema, contribuyendo con ello a su ineficiencia.

La persistencia de sistemas de protección diferenciados para determinados colectivos “privilegiados”, que se caracterizan sobre todo por facilitar el acceso con financiación pública también diferenciada a sistemas y medios privados de atención, constituye una amenaza real de deriva hacia el establecimiento de dos sistemas de protección sanitaria diferentes, uno “para pobres” (el “régimen general”, en el que además de los trabajadores por cuenta ajena con las excepciones indicadas se integra la población sin recursos, incluidos los inmigrantes) y otro u otros varios en los que se garantiza la atención diferenciada de esos grupos específicos de población.

9.- Existen razones de carácter histórico y de la experiencia comparada de otros países que justifican que la observación descriptiva anterior se centre precisamente en el Partido Socialista. En el trabajo se describen esos argumentos, entre los que se encuentran los siguientes:

9.1) En el desarrollo de sistemas públicos sanitarios de cuantos países ofrecen protección sanitaria universal y homogénea a toda la población mediante la constitución de “servicios nacionales de salud”, e incluso cuando la protección se restringe a grupos homogéneos pero limitados de población, se puede constatar en el origen de una u otra iniciativa la presencia de partidos de orientación socialdemócrata o sus equivalentes, que representaban principalmente a la población trabajadora de cada país respectivo.

Por otra parte, esas iniciativas han correspondido en todo caso a fases históricas en las que la influencia y el poder político de las clases trabajadoras, ejercido a través de los partidos que las representaban, ha tenido una fuerza mayor.

9.2) Existen también evidencias derivadas de las mismas fuentes que indican la existencia de una relación entre la consolidación de los servicios públicos universales en términos de amplitud poblacional y material de la protección en los países correspondientes y el tiempo de permanencia en el poder de partidos de las características descritas después de la creación de los sistemas públicos y universales de protección sanitaria.

9.3) Un tercer argumento permite sugerir que la implantación de los programas o servicios que ofrecen protección sanitaria universal en diferentes países, en cuyo origen se detecta la intervención de partidos de perfil socialdemócrata y, en sentido contrario, la ausencia de cualquier partido conservador, no ha sido tampoco el resultado de grandes acuerdos políticos previos entre partidos de diferente carácter, ni siquiera a partir de propuestas iniciales de uno de perfil socialdemócrata.

La iniciativa y la aplicación de éstas por parte de cada uno de los partidos de ese carácter en cada país ha sido siempre unilateral. No existen precedentes de grandes acuerdos “nacionales”, que tantas veces se invocan en España, para la constitución de los servicios sanitarios públicos universales en los países que los han construido así, aún a riesgo de que esa constitución unilateral pudiera suponer el cambio de las características fundamentales del modelo por un gobierno posterior de diferente

orientación. En la práctica, tal cambio posterior no se ha producido en ninguno de los países en los que los servicios sanitarios se han constituido de esa forma, ni siquiera cuando los partidos conservadores que sucedieron a los socialdemócratas bajo cuyo mandato se crearon los servicios públicos de salud correspondientes debieron afrontar en contextos económicos poco favorables el aumento del gasto que había supuesto su creación.

9.4) La última observación en relación con la vinculación que se puede establecer entre la actuación de partidos de perfil socialdemócrata y la constitución de servicios universales de salud tiene un sentido contrario a las anteriores: los fracasos en su constitución total o parcial, y los problemas principales en su desarrollo posterior, han tenido sobre todo que ver con las diferencias existentes o generadas en el seno de los propios partidos de perfil socialdemócrata o equivalente que los crearon o intentaron crearlos por su propia iniciativa unilateral.

10.-En España se plantea la búsqueda de razones que justifiquen los déficits que he ido observando a lo largo de la descripción histórica anterior en el desarrollo de las políticas sanitarias por el Partido Socialista.

Un primer instrumento para la búsqueda de esas razones por la vía de la comparación con lo ocurrido en el caso español es el análisis las condiciones de creación de servicios públicos universales de salud en diferentes países. Esta observación la he centrado en aquéllos que constituyeron “Servicios Nacionales de Salud” por primera vez y de manera más o menos simultánea (aunque el que sirvió de modelo preferente fue el NHS británico) en un momento concreto en el tiempo, la década siguiente a la finalización de la Segunda Guerra “Mundial”.

Las condiciones observadas en esos casos se refieren a cinco aspectos distintos:

10.1) En primer lugar, la situación política y económica general favorable a la constitución de sistemas universales de protección que, con el desarrollo de una demanda agregada, y la utilización de las economías de escala aparejadas a ellas, permitieron su manejo eficiente, y potenciaron a la vez el desarrollo de los sectores industriales que cumplen el papel de proveedores habituales del sistema sanitario.

10.2) En segundo lugar, el clima solidario peculiar “extraordinario” que existía en todos los países en los que se desarrollaron los servicios públicos y universales de salud.

10.3) El tercer elemento fue la existencia de bases fiscales adecuadas para el sostenimiento de los servicios públicos sanitarios y otros.

10.4) El cuarto aspecto a destacar es el desarrollo limitado de las tecnologías sanitarias, incluyendo entre ellas los productos farmacéuticos, que se daba en el momento de la creación inicial de los servicios nacionales de salud.

10.5) El último dato comparativo que se destaca como propio del momento y las condiciones en los que se desarrollaron los primeros servicios nacionales de salud es la peculiar situación de desarrollo científico y técnico de la profesión médica en los países en los que se constituyeron éstos, que se acompañaba de un amplio prestigio social del desempeño de la profesión, y de una organización corporativa consolidada de la representación de ésta.

11.- Un segundo elemento comparativo es el cambio a sistemas democráticos de grupos de países que no lo eran previamente, unos procesos en los que se tratan de analizar los efectos que han tenido esos cambios sobre los sistemas sanitarios de los diferentes países de cada grupo. El análisis lo he centrado en este caso en tres grupos de ellos: América Latina, los países del sudeste asiático y los “países del Este” europeo.

Cada uno de esos grupos de países se caracterizaba por un modelo de desarrollo económico distinto, pero relativamente homogéneo para los países de cada área, que llevaba a su vez aparejado un sistema de protección social y sanitaria diferenciado para cada uno de esos grupos. Las características de esos sistemas de protección, incluida la sanitaria, estaban en relación sobre todo con su modelo de desarrollo económico propio, que potenciaba la de aquellos grupos de población relacionados con sus sectores económicos de desarrollo preferente, e incluso las modalidades de la protección más acordes con su propio modelo.

Un rasgo común a los procesos democratizadores en esos grupos de países es que, lo mismo que había ocurrido en el caso español, aunque con una cierta demora con respecto a éste, los procesos de transición a la democracia tuvieron lugar en un momento en el que todavía no se había resuelto la crisis económica que comenzó con la elevación de los precios del petróleo a mediados de los años setenta, en cuya solución se aplicaron soluciones económicas contrarias a las aplicadas previamente en la época en que se crearon los primeros servicios nacionales de salud.

12.- A la luz de los diferentes efectos que sobre la constitución de sus sistemas de protección sanitaria produjo la evolución a la democracia en esos países, así como de los factores que resultaron más determinantes para su evolución posterior, no parece que en esos casos se pueda definir ninguna forma de relación directa entre la transición a la democracia de un país y la constitución concreta de un sistema de protección social, ni siquiera de la amplitud de la cobertura material y personal de la protección.

Tan sólo podría establecerse alguna relación entre los procesos democratizadores y la facilitación de la expresión de las demandas a favor de la redistribución, también en el sentido de mejorar el acceso a los servicios sanitarios, por parte de los grupos menos favorecidos. Lo que un régimen democrático parece añadir es la posibilidad de expresión de grupos de población más amplios, con frecuencia con intereses contrapuestos, que los que se expresan en un régimen autoritario, sin que, sin embargo, de ello se pueda deducir en un sentido definido el resultado de la confrontación entre ellos. Por el contrario, **el resultado parece depender sobre todo de la fortaleza de los grupos de interés existentes en cada caso, en especial de aquellos grupos cuya posición principal es la defensa del mantenimiento y la mejora de sus sistemas específicos de protección, en especial si éstos existieran de manera diferenciada en el período previo a la transición democrática.**

13.- La comparación de los factores contribuyentes al establecimiento de los primeros servicios nacionales de salud que se constituyeron y la situación existente en el momento de la constitución del Sistema Nacional de Salud (SNS) español, por otra parte vinculado al proceso de constitución de la democracia en España, arroja algunos datos de interés para ayudar a comprender la debilidades de su creación y las observadas en su evolución posterior. Los de mayor interés son los siguientes:

13.1) El contexto político y económico de la creación del SNS permite hablar de que el modelo elegido para su constitución (el de un servicio nacional de salud con las características propias de éstos definidas en términos de cobertura poblacional, financiación y provisión) era en aquellas circunstancias un modelo anacrónico.

13.2) En segundo lugar, del análisis comparado de la situación española a la constitución del SNS con las circunstancias que rodearon la creación de los primeros servicios nacionales de salud se deduce la inexistencia en España en aquel momento de unas condiciones de solidaridad entre grupos y clases sociales propicias para la constitución de un servicio caracterizado por la universalidad y la igualdad para todos del sistema de protección.

13.3) Por su parte, tres años después de la aprobación de la Ley General de Sanidad, desde ámbitos cercanos o incluso propios del Partido Socialista se comenzaron a formular propuestas para la organización de los servicios recién constituidos en Sistema Nacional de Salud que suponían alterar de manera sustancial la organización interna de éste.

Tales propuestas, que comenzaron con el Informe Abril y se siguieron algún tiempo después de propuestas poco precisas para cambiar la gestión de los centros del SNS, suponían una copia poco adaptada a la peculiaridades de la situación del sistema español de las medidas que se estaban adoptando por los servicios nacionales de salud de otros países que, sin embargo, habían iniciado el desarrollo de los mismos en una época muy anterior.

Desde un punto de vista descriptivo, su “importación” a nuestro sistema tras un plazo tan corto después de la creación del SNS se puede, por eso, calificar como extemporánea y no adaptada a la realidad del propio sistema, que no había empezado a desarrollarse de manera coherente, y como una contribución a debilitar sus fortalezas específicas, parte de las cuales se basaban precisamente en su propia forma de organización.

13.4) Los años que mediaron entre la constitución de los primeros servicios nacionales de salud y la del sistema sanitario español conforme al mismo modelo más de treinta años después vieron además un desarrollo exponencial de la industria farmacéutica (también el de otras tecnologías sanitarias), asentado en buena parte sobre la base del consumo garantizado de sus productos por los servicios públicos sanitarios. La industria farmacéutica así constituida se ha convertido en uno de los agentes externos más potentes para influir sobre el desarrollo y orientación de los servicios de salud de todos los países

13.5) Otra de las situaciones diferenciales de la época en la que se constituyeron los primeros servicios sanitarios públicos universales y el momento en el que se constituyó el SNS español es la existencia en esta última época de potentes compañías de seguros médicos privadas, que tienden a expandir su campo de acción. Una situación que, en todo caso, hay que referir principalmente a los Estados Unidos, y que tiene también su reflejo en las comparaciones sobre gasto sanitario que se pueden realizar entre los servicios de salud de distintos países, más elevado en aquéllos en los que la protección sanitaria, también la pública, se basa de manera importante en su intervención. Por otra parte, las compañías de seguro mantienen una capacidad de intervención política semejante, e instrumentada a través de mecanismos similares a los utilizados por la industria farmacéutica, para influir sobre el diseño de los servicios sanitarios del país norteamericano, que se está también tratando de expandir a otros países.

13.6) En relación con lo anterior, otro rasgo diferencial de la situación española en el momento de la constitución del SNS, que se ha mantenido hasta la actualidad durante su evolución posterior, es una situación estructural que es común a los órganos de la Administración que determinan la orientación principal de las políticas farmacéuticas y las del sector asegurador.

Unos y otros se pueden caracterizar por el rasgo común de situar los órganos de gobierno principales correspondientes a la regulación de unas y otras políticas al margen del Ministerio de Sanidad o en un terreno en el que las posiciones de éste son minoritarias, bajo la dependencia o la influencia principal de los Ministerios económicos (el de Economía y Hacienda, que ha ido variando su organización de esas dos competencias, uniéndolas a veces y en otras separándolas) o el que define las políticas industriales, sea cual sea su denominación.

A lo que habría que añadir la independencia con la que las políticas de protección sanitaria de determinados colectivos, principalmente las relativas a los funcionarios, se vienen formulando desde otros Ministerios: el Ministerio (de la Presidencia o de Administraciones Públicas, de manera variable) encargado de las políticas sobre Función Pública, desde el de Justicia para el colectivo específico que constituye el tercer poder del Estado o trabaja a su servicio, y desde el de Defensa, también en la vida civil, del personal que desempeña esa función.

Esta situación puede contribuir también a entender por qué las políticas desarrolladas en este campo se han orientado en la manera en que lo han hecho, contribuyendo en el caso de muchas de ellas a debilitar la posición del propio Sistema frente a los principales agentes externos al mismo que, sin embargo, en el momento actual disponen de la mayor capacidad de influencia para determinar su configuración y su futura orientación.

Esa posición subordinada de los órganos rectores del sistema sanitario respecto a otros departamentos y áreas de gobierno, que se reproduce en las CCAA, se completa con la supeditación de los criterios de los órganos de gobierno sanitarios, y en particular del Mº de Sanidad respecto a la organización de los propios servicios (la responsabilidad de cuya gestión se ha traspasado de manera completa a las CCAA) a los propios del Ministerio encargado de la relación con las CCAA (Presidencia o Administraciones Públicas). Éste sostiene habitualmente como criterio prioritario el respeto por la facultad de autoorganización que asiste a aquéllas en la prestación de los servicios que les han sido traspasados. Lo que constituye una contribución añadida a la ruptura de la homogeneidad relativa en la organización de los servicios que es característica de los servicios nacionales de salud y en las que se basa en buena parte su eficiencia.

Por todo ello, el Ministerio de Sanidad no ha sido en ningún momento el Ministerio del Sistema Nacional de Salud, este último, por otra parte, a diferencia de lo ocurrido en otros países, una entidad inexistente, que en las condiciones actuales de descentralización parece de difícil si no imposible constitución con personalidad jurídica propia.

13.7) Otra diferencia marcada entre la situación española para la constitución del SNS y las actitudes adoptadas en otros países para hacer posible la de sus servicios nacionales de salud es la relativa a las relaciones y pactos establecidos con los profesionales sanitarios, singularmente con los médicos.

Las políticas dirigidas hacia los profesionales quedaron congeladas en una situación en la que los sectores que podrían haber aportado más al desarrollo del Sistema resultaron marginados y fuera de los circuitos de la representación corporativa, puesto que no se llegó a desarrollar ninguna política específica dirigida a hacer posible

que esa representación se abriera de manera real a los sectores más dinámicos de la profesión.

Desde el punto de vista social y corporativo, el vacío creado por la carencia de una representación médica adecuada se ha llenado, aprovechando la situación, por otras representaciones corporativas, de manera especial la de la enfermería y la farmacéutica, que han disfrutado al menos del apoyo, por supuesto guiado por sus propios intereses más inmediatos, de la mayoría de quienes ejercen la profesión (en el caso de la enfermería), o al menos de determinadas modalidades de ésta (los propietarios de oficinas de farmacia). Sin embargo, ni la una ni la otra profesiones citadas pueden suplir el papel individual y colectivo de los médicos en el SNS.

Por las razones indicadas **se puede afirmar por todo ello que, a diferencia de lo ocurrido en otros países que crearon sistemas nacionales de salud, ni en el origen del Sistema sanitario español, ni en su evolución posterior, se ha tratado de potenciar, sino más bien al contrario, la “fidelización” de los profesionales médicos a favor del Sistema.**

13.8) La misma situación de precariedad que en la conclusión anterior he descrito para los profesionales médicos en el desarrollo del sistema sanitario público **se puede predicar de quienes, siendo médicos o miembros de otras profesiones, deberían, haber desempeñado el papel de la “tecnoestructura” en el propio Sistema, sin la que éste carece de un soporte sólido que permita mantener la homogeneidad y la coherencia del sistema público de protección.**

El papel del Ministerio de Sanidad en la creación de una “tecnoestructura” propia del sistema sanitario público ha sido y continúa siendo inexistente. La ausencia consiguiente de cuerpos de funcionarios sanitarios, puesto que ésa es la forma en la que en España se construyen las tecnoestructuras de las organizaciones públicas encargadas del desarrollo de las diferentes políticas, ha provocado que los cuerpos vinculados al diseño de otras políticas, en particular las económicas, de personal y otras (como las relacionadas con la industria farmacéutica, o con los seguros sanitarios, materias a las que desde un punto de vista estructural me he referido antes, en las que la influencia de otros departamentos ministeriales ha predominado sobre el propio ministerio sanitario) hayan sido más determinantes de las políticas sanitarias que la nueva “pseudo-tecnoestructura” organizada por vías de sustitución aclaradas en el trabajo en el propio sector.

Esta situación contrasta también con la existente en otros países en los que se crearon Servicios Nacionales de Salud. La razón mayor de contraste es el peso que esos grupos que componen la tecnoestructura propia de cada sistema sanitario tienen en el diseño de las políticas sectoriales específicas frente al peso de la de otros sectores de las mismas administraciones. En los países democráticos existe *“un consenso teórico generalizado y una sólida evidencia empírica, tanto histórica como contemporánea, señalando las bondades de separar la esfera política de la administrativa dentro de las administraciones públicas”*, de manera que cada una de ellas ejerza como contrapeso de la otra. Lo que, a la vista de la experiencia de otros países de mayor tradición democrática que el nuestro, *“lejos de tener efectos negativos, tiene un impacto saludable en términos de buen gobierno y permite una formulación de las políticas públicas más equilibrada”*.

Por el contrario, la evolución que se puede observar en España ha sido la contraria a la descrita, de manera que la discrecionalidad y la variedad en los procedimientos y vías para acceder a la administración y la gestión de los servicios sanitarios ha contribuido a politizar la gestión del sector, en detrimento de su eficiencia.

14.- Si se acepta que al margen de la voluntad política para extender con carácter universal la protección sanitaria en un país existen además condiciones generales de diferente carácter que facilitan o dificultan su implantación, una observación de la evolución de las mismas hasta la situación en que se encuentran ahora permite observar que la mayoría de ellas ofrecen aún mayores dificultades para la consecución de ese objetivo que en el momento en que se constituyó nominalmente el Sistema Nacional de Salud:

-ocurre así con las circunstancias económicas generales. La crisis económica actual, pese a poner en evidencia los fallos del sistema actual como está organizado, no ha significado, por el contrario, la aparición de propuestas distintas de organización del sistema económico general, ni bases teóricas para planteamientos alternativos diferenciados, de manera que son los mercados frente a los Estados los que siguen guiando el funcionamiento del sistema económico y determinando su orientación.

-las sociedades desarrolladas, también la española, se han ido haciendo cada vez más desiguales y corporativas, y no existen mecanismos ni aspiraciones solidarias que generen demandas que soporten la constitución de servicios públicos universales, tampoco en el campo de la salud. Por el contrario, se vienen imponiendo las doctrinas liberales que soportan como valor más importante la “libertad de elección” aplicable a cualquier terreno o servicio público sin mayor precisión.

-desde el punto de vista fiscal, con escasas excepciones que se han puesto de manifiesto en el manejo de la crisis económica, son igualmente dominantes de manera mayoritaria las doctrinas liberales, que propugnan la reducción de los impuestos y que en el caso de los servicios públicos promueven, sobre bases doctrinarias no demostradas, el aumento de la aportación de los usuarios como mecanismo de reducción del gasto.

-la evolución de los sectores farmacéutico y de tecnologías sanitarias y del asegurador los han convertido en los agentes dominantes de la orientación de los sistemas sanitarios. Éstos han pasado a convertirse, antes que en el ámbito de desarrollo de un sistema de protección universal, en un mercado de interés económico prioritario en el contexto de sociedades “terciarizadas”.

-por su parte, los profesionales sanitarios, en particular los médicos, han perdido su independencia profesional, cuyo ejercicio está sometido principalmente a los sectores que dominan el sistema sanitario, que son capaces de generar incentivos que superan netamente los que se pueden ofrecer desde el sistema sanitario público, de manera especial, y por razones históricas, en el caso español.

15. En esas condiciones, la perspectiva de que el Partido Socialista, un agente imprescindible en nuestro país, lo mismo que en otros, para la extensión universal e igualitaria de la protección sanitaria, recobre una posición activa para lograr la realidad y efectividad de la misma parece poco probable.

En tal situación la posibilidad de que nuestro sistema sanitario evolucione hacia la dispersión organizativa y la diferenciación en la cobertura para distintos grupos de ciudadanos parece la perspectiva más probable. Una posibilidad que sólo podría evitarse si se atacan de raíz los problemas descritos que afectan a las bases constitutivas de nuestro Sistema Nacional de Salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abelson R. (2009 a). *A proposed tax on the Cadillac Health Insurance Plans may also hit the Chevys*. New York Times. Money &Policy. September 20.
- Abelson R. (2009 b). *Harvard Medical Study Links Lack of Insurance to 45,000 US Deaths a Year*. Prescriptions, September 17. Accesible en <http://prescriptions.blogs.nytimes.com/2009/09/17/>.
- Aboal Viñas JL, Farjas Abadía P. (2006). *Las vacunaciones de meningitis de 1997. Los medios de comunicación*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 4(4): 623-641.
- Abraham J. (1995). *Science, Politics and the Pharmaceutical Industry. Controversy and bias in drug regulation*. London: UCL Press.
- Acta Sanitaria (2009a). *Máxima cohesión entre Sanidad y las CCAA para coordinar las actuaciones frente a la gripe A*. Acta sanitaria, 23 de Julio. Accesible en www.actasanitaria.com.
- Acta Sanitaria (2009 b). *Lamata aboga por un órgano de decisión sanitaria compartida y vinculante*. Acta Sanitaria. Noticias. 25 de Junio. Accesible en www.actasanitaria.com.
- Adeyi O. et al. (1997). *Health status during the transition in Central and Eastern Europe: development in reverse?*. Health Policy and Planning, 12(2): 132-145.
- Ahn N, Alonso Meseguer J, Herce San Miguel JA. (2003). *Gasto sanitario y envejecimiento de la población española. Documento de Trabajo nº 7*. Madrid: Fundación BBVA.
- Aizpeolea LR. (2002). *El Gobierno renuncia a su ley autonómica por el rechazo de la oposición y las comunidades*. El País, 15 de febrero, p. 16, col. 1-3.
- Aja E. (1999 a). *El Estado Autonómico. Federalismo y hechos diferenciales*. Madrid, Alianza Editorial.
- Aja E. (1999 b). *La reforma del Senado, clave del Estado autonómico*. El País, 16 noviembre, p. 15.
- Aja E. (2000). *La articulación del Estado autonómico*. El País, 1 marzo, p. 28.
- Alesina A, Glaeser EL. (2004). *Fighting Poverty in the US and Europe: A World of Difference*. New York: Oxford University Press.
- Alleyne GAO. (2000). *Equity and health*. Pan. Am. J. Pub. Health, 7(1): 1-7.

- Alonso-Zaldívar R. (2009). *Insurers escalate criticism of health overhaul*. The Washington Post, December 10. Accesible en www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/10/11/AR20091011024.html .
- Alvarez-Rosete A, Bevan G, Mays N, Dixon J. (2005). *Effect of diverging policy across the NHS*. BMJ, 331(22 Oct.): 946-950.
- Álvaro Pascual A. et al. (1982). *El Hospital Público en España*. En: Primeras Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública. Madrid, 3,4 y 5 Diciembre 1982. Vol 2, p 3-15.
- Alvira F, García López J., (1982). *La Seguridad Social y los españoles*. Papeles de Economía Española , 12-13: 32-106.
- Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS, Petrosyan V. (2003). *It's the Prices, Stupid: Why the United States is so Different from Other Countries*. Health Affairs, 22 (3): 89-105.
- Angell M (2004). *The Truth about the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do About It*. New York: Random House.
- Antequera Vinagre JM. (2009). *Las sentencias sobre servicios sanitarios recibidos en países distintos a los de residencia : la libre circulación de pacientes en la Unión Europea. Revisión e implicaciones*.Revista de Administración sanitaria Siglo XXI, 7(4): 603-610.
- Antonovsky A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, Jessey-Bass.
- Aranda Regules JM (2007). *Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Pública: ¿una oportunidad perdida?*. Rev. Esp. Salud Pública, 81: 1-6.
- Arco S. del (2009 a). *Llega la píldora de la fusión. El miedo a una caída de las ventas por el fin de las patentes lleva a los gigantes farmacéuticos a unirse*. El País Negocios, 22 de marzo, p. 1 y 4-6.
- Arco S, del. (2009 b). *Especializarse para no morir. La búsqueda de nichos terapéuticos, alternativa para los laboratorios españoles*. El País Negocios, 22 de marzo, p. 7.
- Armada A, Muntaner C, Navarro V. (2001). *Health and Social Security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, The World Bank, and trasnational corporations*. Int. J. Health Serv., 31(4): 729-768.
- Arranz L. (1991). *El sistema público de salud en España (Pasado, presente y futuro). Memoria histórica de la transformación del Seguro de Enfermedad en España*. Madrid (mimeo).
- Arrom Santiesteban C (2003). *El "Príncipe" de Maquiavelo*. El Observador , 17 Enero 2003, p. 7, col. 3-4

- Arrow KJ. (1963). *The welfare economics of medical care*. American Economic Review 53: 941-973. Hay traducción española: *La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas*. ICE, Junio 1981: 47-63.
- Arruñada B. (1995). *Diseño organizativo y gestión del personal en la sanidad pública*. En: *Cambios en la regulación sanitaria. XIV Jornadas de Economía de la Salud*. Barcelona: SG Editores.
- Astudillo J, Paramio L. (2009). *Las dificultades de la socialdemocracia*. El País, 6 de noviembre, p. 33, col. 1-4.
- Atherly A, Dowd B. (2009). *Should healthy Medicare beneficiaries postpone enrollment in Medicare D?*. Health Economics, 18: 903-920.
- Atkinson AB. (1993). *Análisis de los efectos de la pobreza en la Comunidad Europea*. En: *Actas del I Simposio sobre Igualdad en la Distribución de la Renta y la Riqueza*, Vol II. Madrid: Fundación Argentaria.
- Attali J. (2006) *Une brève histoire de l'avenir* Paris: Librairie Arthème Payard. Hay edición española: *Breve historia del futuro*. Barcelona: Paidós. 2007.
- Bach PB, McClellan MB. (2006). *The First Months of the Prescription-Drug Benefit. A CMS Update*. NEJM, 354 (22): 2312-2314.
- Bacigalupo M. (2010). *Las cosas por su nombre*. El País, 29 de enero, p. 33, col. 1-5.
- Bacon P. (2009). *Kristol rallies Republicans to "Go for the Kill" on Health- Care Reform*. The Washington Post, Jul 20. Accesible en http://voices.washingtonpost.com/44/2009/07/20/kristol_rallies_republicans_to.html ; accedido 21/07/2009.
- Banting K, Boadway R. (2004). *Defining the Sharing Community: the Federal Role in Health Care*. In: Lazar H, St-Hilaire F. (eds.)(2004). *Money, Politics and Health care*. Montreal and Kingston: Institute for Research on Public Policy and Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University. P. 1-77.
- Banting K, (2005). *Community, Federalism and Fiscal Arrangements in Canada*. In: Lazar H.(ed.). *Canadian Fiscal Arrangements: What Works, What Might Work Better*. Montreal and Kingston: Institute for Research on Public Policy and Institute of Intergovernmental Relations, School of Policy Studies, Queen's University. P. 37-50.
- Barea J. (1988). *Gasto público en asistencia sanitaria*. Papeles de Economía Española, 37: 242-254.
- Barea Tejeiro J. (Dir.) (1992). *Análisis económico de los gastos públicos en Sanidad y previsión de los recursos necesarios a medio plazo*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.

- Barra C. (1998). *La reforma de los grandes hospitales: debate abierto*. En: Ortega F, Lamata F. (coords). *La década de la reforma sanitaria*. Madrid, Ex Libris Ediciones. P. 275-287.
- Bartels LM. (2008). *Unequal democracy: The Political Economy of the New Gilded Age*. Princeton: Princeton University Press.
- Basteiro D. (2009). *España se planta en la UE ante el turismo sanitario. Rechaza una directiva que permitía elegir país para tratarse*. Público, 2 de diciembre, p. 28, col 1-4.
- Bayona Aznar B. ((1998). *Límites de la reformulación del Liberalismo Político de Rawls*. Sistema, 144: 41-56.
- Beaglehole R. et al. (2008). *Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care*. Lancet, 372: 940-949.
- Beichrodt H. (1995). *QALYs and HYE: under what conditions are they equivalent?*. Journal of Health Economics, 14(11): 17-37.
- Bekker MPM. (2007). *The Politics of Healthy Policies. Redesigning health impact assessment to integrate health in public policy*. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Beltrán Aguirre JL. (2002). *La frustrada independización de la asistencia sanitaria pública del sistema de Seguridad Social*. En: Cabasés JM, Aibar C, Villalbí JR. (eds.). *Invertir en salud: prioridades en salud pública: informe SESPAS 2002*. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud. p. 227-238.
- Beltrán Aguirre JL. (2007). *¿Sistema Nacional de Salud o asistencia sanitaria de la Seguridad Social?*. Derecho y Salud. 15 (Extra 2): 27-40.
- Benatar SR. (1996). *What makes a just health healthcare system?*. BMJ, 313: 1567-1568.
- Benito E. de (2002a). *El PSOE propone reforzar el poder autonómico en su ley sanitaria*. El País, 2 de febrero, p. 26.
- Benito E. de (2002b). *El PSOE exige más participación autonómica en la política sanitaria*. El País, 29 de marzo, p. 19, col. 5.
- Benito E. de (2003a). *Entrevista a Consuelo Rumí: “La Ley de sanidad permanecerá cuando gobierne el PSOE”*. El País, 13 de marzo, p. 38, col. 1-5.
- Benito E. de (2003b). *El Congreso aprueba por unanimidad la Ley de Sanidad*. El País, 15 de mayo, p. 34, col. 4.

- Benito E. de (2009). *Las tabacaleras promueven en el extranjero la ley antitabaco española. Las multinacionales del sector creen que los “fallos” de la norma les favorecen.* El País, 10 de noviembre, p. 32, col. 1-4.
- Berenson A. (2006). *A Cancer Drug Shows Promise, at a Price That Many Can't Pay.* NYTimes, February 15.
- Beveridge W. (1942). *Social insurance and allied services.* London, HMSO.
- Birch S., Abelson J. (1993). *Is reasonable access what we want?. Implications of, and challenges to, current Canadian policy on equity in health care.* Int. J. Health Serv. 23(4): 629-653.
- Blanco Moreno A. (2005). *El análisis del gasto sanitario en el ámbito de la Conferencia de Presidentes: el Grupo de trabajo de Análisis del Gasto sanitario.* Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 3(4): 591-615.
- Blas Guerrero A. de (2009). *Los significados del Gobierno de Patxi López.* El País, 6 mayo.
- Blendon RJ, Leitman R, Morrison I, Donelan K. (1990). *Satisfaction with health systems in ten nations.* Health Affairs, 9(2): 185-192.
- Blendon RJ, Donelan K, Jovell AJ, Pellise L, Costas Lombardía E. (1991). *Spain's citizens assess their health care system.* Health Affairs, 10(3): 216-228.
- Bhutta ZA et al. (2008). *Interventions to address maternal, newborn, and child survival: what difference can integrated primary health care strategies make?.* Lancet, 372: 972-989.
- Birnbaum N. (1969). *The crisis of Industrial Society.* New York: Oxford University Press.
- Blanco Moreno A, Hernández Pascual J. (2009). *El sistema sanitario y la inmigración en España desde la perspectiva de la política fiscal.* Gaceta Sanitaria, 23 (Supl. 1): 25-28.
- Bloom N, van Reenen J. (2000). *Pharmaceutical Price Regulation: the Current Debate.* London: Institute of Fiscal Studies.
- Blumenthal D, Morone JA. (2009). *The Heart of Power. Health and Politics in the Oval Office.* Berkeley&Los Angeles: University of California Press.
- BMJ Editor' Choice (1999). *The excitement of devolution.* BMJ, 318(1 May): 1153.
- Boggild M. et al. (2009). *Multiple sclerosis risk sharing scheme: two year results of clinical cohort study with historical comparator.* BMJ, 339: b4677. doi: 101136/bmj.b4677.

- Borrell Carrió F, Gené Badía J. (2008). *La Atención Primaria española en los albores del siglo XXI*. Gestión Clínica y Sanitaria, 35: 3-7.
- Bovbjerg RR, Wiener JM, Housman M.(2003). *State and Federal Roles in Health Care. Rationales for Allocating Responsibilities*. Chapter 2 en: Holahan J, Weil A, Wiener JM (eds). *Federalism & Health Policy*. Washington: The Urban Institute Press, p. 25-57.
- Braveman P, Starfield B, Geiger HJ. (2001). *World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy*. BMJ, 323: 678-681.
- Brodin H, Hodge S. (2008). *A guide to Quantitative Methods in Health Impact Assessment*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health
- Broggi MA. (2004). *Una propuesta para un Comité de Bioética de España. Documento de Trabajo 52/2004*. Madrid: Fundación Alternativas- Laboratorio de Alternativas.
- Brundtland GH, Frenk J, Murray CJL. (2003). *WHO assessment of health systems performance*. Lancet, 361: 2155.
- Buckingham K. (1993). *A note on HYE (Healthy Years Equivalent)*. Journal of Health Economics, 11: 301-309.
- Budoff Brown C. (2009). *Insurers face blowback after report*. Politico, December, 10. Accesible en www.politico.com/news/stories/1009/28213.html
- Bueno de Mesquita B. et al. (2003). *The Logic of Political Survival*. Cambridge (Massachussets): MIT Press.
- Busse R, Wismar M, Berman P. (eds.) (2002). *The European Union and Health Services: the Impact of the Single European Market on Member States*. Amsterdam: IOS Press.
- Cabasés Hita J, Martín Martín J. (1996). *Diseño y evaluación de estrategias de desregulación en el sector sanitario público en España. Documento de trabajo 96-08*. Madrid: FEDEA.
- Callahan D. (1982). *The WHO definition of health*. In: Beauchamp TL, Walters L (eds). *Contemporary issues in boethics*. 2nd edn. Belmont (CA), Wadsworth. P. 49-54.
- Callahan D. (2003 a). *What Price Better Health?. Hazards of the research imperative*. Berkeley-Los Angeles: University of California Press.
- Callahan D. (2003 b). *Too much of a good thing: How splendid technologies can go wrong*. Hastings Center Report 33 (2): 19-22.
- Callahan D. (2009 a). *Taming the Beloved Beast*. Princeton: Princeton University Press.

- Callahan D. (2009 b). *Cost Control - Time to get serious*. NEJM, 10.156/NEJMp0907172. Accesible en www.nejm.org .
- Campillo Artero C. (2008). *Integración de la información para las intervenciones sanitarias: de los datos a la información; de la información a la acción*. Gaceta Sanitaria, 22 (Supl. 1): 14-18.
- Carreras F. de (1999). *¿Es España un Estado federal?*. El Periódico. 7 diciembre, p. 7.
- Carr-Hill RA. (1994). *Efficiency and equity implications of the health care reforms*. Soc. Sc. Med. , 39(9): 1189-1201.
- Carr-Hill R, Chalmers-Dixon P. (2008). *The Public Health Observatory Handbook of Health Inequalities Measurement*. Oxford: South East Public Health Observatory. Accesible en www.sepho.org.uk/extras/rch_handbook.aspx .
- Carro JM. (1998). *La Atención Primaria. Una nueva filosofía de la sanidad*. En: Ortega F, Lamata F (coords.). *La década de la reforma sanitaria*. Madrid, Ex Libris Ediciones. P. 115-123.
- Cavalié P. (2003). *Is therapeutic innovation responsible for the increase in drug expenditure?*. European Journal of Health Economics, 4(3): 184-194.
- Casas M. (1991). *Los Grupos Relacionados con el Diagnóstico. Experiencia y Perspectiva de Utilización*. Barcelona: Masson.
- Cendrowicz L. (2008). *Big Pharma Faces Crackdown in Europe*. Time, Friday Nov. 28.
- Center on Globalization and Sustainable Development (2004). *Access to Medicines and the Financing of Innovations in Health Care*. The Earth Institute at Columbia University. Accesible en www.earthinstitute.columbia.edu/cgsd/accesstomedicines_papers.html .
- Chang WC. (2002). *The meaning and goals of equity in health*. Journal of Epidemiology and Community Health, 56 :488-491.
- Chapman S, Reeve E, Rajaratnam G, Neary R. (2003). *Setting up an outcomes guarantee for pharmaceuticals: new approach to risk sharing in primary care*. BMJ, 326:707-709.
- Chaqués L. (2008). *Some comments on the politics of biopharma*. Presentación en: Jornada sobre Ciencia Política y Política Sanitaria: Reforma, gobernanza y legitimación social de la Sanidad Pública en el Reino Unido y en España. Madrid: Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Residencia de Estudiantes. 17 de Noviembre.

- Charles River Associates (CRA). (2004). *Innovation in the pharmaceutical sector. A study undertaken for the European Commission*. Accesible en <http://pharmacos.eudra.org> .
- CISNS. (1996). *Acuerdos adoptados en Sesión Plenaria*. Madrid: Ministerio de sanidad y Consumo.
- Claxton G. et al. (2009). *Job-based Health Insurance: Costs Climb at a Moderate Pace*. Health Affairs 15 September 2009, DOI10.1377/hlthaff.28.6.w1002 .
- Clews G. (2009). *New warning on PFI waste scheme delays*. Public Finance, January 16.
 accesible en www.publicfinance.co.uk/news_details.cfm?News_id=59568&keysearch=NHS .
- Climer A, Pear R, Toner R., (1994). *THE HEALTH CARE DEBATE: what went wrong? How the Health Care Campaign collapsed – A special report: For Health Care, times was a killer*. New York Times, August 29.
- Cohen GA. (2000). *If You're an Egalitarian, How Come You're So Rich?*. Cambridge (Mass.)-London: Harvard University Press. Hay edición en español: *Si eres igualitarista, ¿Cómo es que eres tan rico?*. Barcelona: Paidós, 2001.
- Colombani JM (2009). *Los “lobbies” sanitarios se enfrentan a Obama*. El País, 19 de agosto, p.23, col. 1-5.
- Committee on the Consequences of Uninsurance. Institute of Medicine (IOM). (2001). *Coverage matters. Insurance and Health Care*. Washington: National Academy Press.
- Committee on the Consequences of Uninsurance. Institute of Medicine (IOM). (2002 a). *Care Without Coverage. Too Little, Too Late*. Washington: National Academy Press.
- Committee on the Consequences of Uninsurance. Institute of Medicine (IOM). (2002 b). *Health Insurance is a Family Matter*. Washington: National Academy Press.
- Committee on the Consequences of Uninsurance. Institute of Medicine (IOM). (2003 a). *A Shared Destiny. Community Effects of Uninsurance*. Washington: National Academy Press.
- Committee on the Consequences of Uninsurance. Institute of Medicine (IOM). (2003 b). *Hidden Costs, Value Cost. Uninsurance in America*. Washington: National Academy Press.
- Committee on the Consequences of Uninsurance. Institute of Medicine (IOM). (2004). *Insuring America's Health.Principles and Recomendations*. Washington: National Academy Press.
- Common Dreams (2005): *Drug Prices in Medicare Plans are 48% higher than Veteran's Prices*. Accesible en www.commondreams.org/news2005/1221-07.htm .

- Confederación Sindical de Comisiones Obreras (2001). *Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias*. Madrid, Confederación Sindical de CCOO.
- Cohn J. (2009 a). *Drug Deal. How Big Pharma extorted the White House*. The New Republic, August 25. Accesible en www.tnr.com/article/politics/drug-deal .
- Cohn J. (2009 b). *The Operator. Why is the most powerful health care lobbyist playing nice?*. The New Republic, July 1. Accesible en www.tnr.com/article/health-care/the-operator .
- Conde Olasagasti J, Infante Campos A. (1995). *La ordenación de prestaciones del Sistema Nacional de Salud*. Medicina Clínica, 104: 503-505.
- Connolly C. (2009). *Health Insurers Emerge as Obama's Top Foe in Reform Effort*. The Washington Post, October 14. Accesible en www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/10/13/AR2009101303472.html .
- Conrad DA. (2003). *Coordinating patient care Services in Regional Health Systems: The Challenge of Clinical Integration*. Hospital & Health Systems Administration, 38(4): 491-508.
- Costas i Terrones JC, López Casanovas G. (1988). *Aspiraciones colectivas y eficiencia en el sistema sanitario*. Papeles de Economía Española, 37: 225-241.
- Costas Lombardía E. (1985a). *La Ley General de Sanidad, una reforma a la inversa /1*. El País, 19 de septiembre, p. 28, col. 1-5.
- Costas Lombardía E. (1985b). *La Ley General de Sanidad, una reforma a la inversa /2*. El País, 20 de septiembre, p. 26, col. 2-5.
- Costas E. (2004). *La contención del gasto farmacéutico. Ponencia y Debate de expertos*. Madrid: Fundación Alternativas-Seminarios y Jornadas 4/2004.
- Cowen T. (2009). *Where politics don't belong*. NYTimes- Economy, September 12.
- Cox G, McCubbins M. (2001). *The Institutional Determinants of Economic Policy Outcomes*. In: Haggard S, McCubbins M. (eds.). *Presidents, Parliaments and Policy*. New York: Cambridge University Press.
- Cremieux PY, Ouellette P, Petit P. (2007). *Do Drugs Reduce Utilisation of Other Healthcare Resources?*. Pharmacoeconomics: 25 (3): 209-221.
- Cruddas J, Gannon Z. (2009). *A bitter Pill to Swallow*. Accesible en www.compassonline.org.uk . (Accedido 5 Sep 2009).
- Cuervo J. (1996). *EL Estado de Bienestar y las reformas del sistema sanitario español*. Quadern CAPS, 25: 7-16.

- Culyer AJ, Wagstaff A. (1993a). *QALYs versus HYE*s . Journal of Health Economics, 11: 311-323.
- Culyer AJ, Wagstaff A. (1993b). *Equity and equality in health and health care*. Journal of Health Economics, 12: 431-457.
- Cutler DM. (2001a). *The Third Way in Health Care Reform*. Chap. 5 en: Ogura O, Tachibanaki T, Wise DA (eds.) *Aging Issues in the United States and Japan*. Chicago, NBER- University of Chicago Press. p. 169-186.
- Cutler DM, McClellan M. (2001 b). *Is Technological Change in Medicine Worth It?*. Health Affairs, 20(5): 11-29.
- Cutler DM. (2004). *Are the Benefits of Medicine Worth What We Pay for It?*. *Fifteenth Annual Herbert Lourie Memorial Lecture on Health Policy*. New York, Centre for Policy Research, Syracuse University.
- Danzon P. (2000). *Perspective: Pharmaceutical Benefit Management: An Alternative Approach*. Health Affairs, 19(2): 24-25.
- Danzon P, Furukawa MF. (2003). *Prices of Availability of Pharmaceuticals: Evidence From Nine Countries*. Health Affairs, Web Exclusive, October 29. Accessible en <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/hlthaff.w3.521v1?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Danzon+P.&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT> .
- Danzon P, Furukawa MF. (2006). *Prices and availability of Biopharmaceuticals: An International Comparison*. Health Affairs, 25(5): 1353-1362.
- Danzon P, Furukawa MF. (2008). *International Prices and Availability of Pharmaceuticals in 2005*. Health Affairs, 27 (1): 221-233.
- Darbá J. (2003). *Pharmaceutical expenditure in Spain: evolution and cost-containment measures during 1998-2001*. European Journal of Health Economics, 4(3): 1512-157.
- Daschle T, Greenberger SS, Lambrew JM. (2008). *Critical: What We Can Do About the Healthcare Crisis*. New York: Thomas Dunne Books.
- Davey Smith G. (2004). *Lifestyle, health, and health promotion in Nazi Germany*. BMJ, 329 (18-25 Dec.): 1424-1425.
- David E, Tramontin T y Zimmel R. (2009)., *Pharmaceutical R&D: the road to positive returns*. Nature Reviews/ Drug Discovery, 8 (August): 609-610.
- Davis K. (2008). *Slowing the growth of Health Care Costs – Learning from International Experience*. NEJM, 359(17): 1751-1755.
- Department of Health (2003). *Tackling Health Inequalities. A Programme for Action*. London: Department of Health. Accesible en

http://www.dh.gov.uk/dr_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4019362.pdf .

- Department of Health (2008). *Health Inequalities: Progress and next steps*. London, Department of Health. Accessible en http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085307 .
- Depper HU, Oreskovic S. (1996). *Back to Europe: Back to Bismarck?*. Int. J. Health Serv. , 26(4): 777-802.
- Diario Médico (2007). *La Generalitat decide promover el doble empleo público 9 meses después de empezar a incentivar la exclusividad*. Diario Médico (área profesional), 4 de octubre.
- Díez Murciano A. (1996). *Complemento Exclusivo: Elemento disgregador e ineficaz*. Pozuelo de Alarcón (Madrid): Coordinadora de Médicos de Hospitales-CBC Ediciones.
- Dirección General de Alta Inspección y Relaciones con las Administraciones Territoriales (1989). *Ordenación sanitaria del Territorio (1ª ed)*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Dolan P, Olsen JA. (2001). *Equity in health: the importance of different health streams*. Journal of Health Economics, 20: 823-834.
- Docteur E., Oxley H. (2003). *Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience. Economics Department Working paper No. 374*. Paris, OECD.
- Durán A, Rico A. (2003). *Lecciones de una década de reformas sanitarias en los países comunistas*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 1(3): 403-424.
- Editorial CMAJ. (2005). *Lament for a health care system*. CMAJ, 173(2): 117.
- Editorial NYTimes (2006). *Price Gouging on Cancer Drugs?*. NYTimes, February 17.
- Editorial NY Times (2009). *The numbers of Health Care Reform*. NYTimes September 22.
- Editorial Soc. Sci. Med. (1994). *Efficiency and Equity of health care systems*. Soc. Sci. Med., 38(1): vii-viii.
- Eggen D. (2009a). *Lobbyists spend millions to influence health care*. The Washington Post. July 21.
- Eggen D. (2009 b). *Industry is generous to influential bloc*. The Washington Post, Friday July 31. Accesible en <http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/07/30/AR2009073004267.html> .

- Ekman B, Pathmanathan I, Liljestrand J. (2008). *Integrating health interventions for women, newborn babies, and children: a framework for action*. Lancet, 372: 990-1000.
- El Global (Editorial). (2003a). *Una Ley de Cohesión de todos y para todos*. El Global, 17-23 marzo, p. 3, col. 1-4.
- El Global (Redacción) (2003b). *Las enmiendas del PP a la Ley de Cohesión desconciertan al sector*. El Global, 14-20 de abril, p. 1, col. 1-4.
- Elola Somoza FJ. (1991). *Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España (1983-1990)*. Madrid, Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.
- Elola J, Sevilla FJ, Espadas L. (1993). *Aseguramiento como gestión del Sistema nacional de salud. Actividades y resultados en INSALUD gestión directa 1992*. Presupuesto y Gasto Público, 10: 149-157.
- Elola J (1994). *Sistema Nacional de Salud: Evaluación de su Eficiencia y Alternativas de Reforma*. Barcelona, SG Editores.
- Elola J, Daponte A, Navarro V. (1995). *Health Indicators and the Organization of Health Care Systems in Western Europe*. Am. J. Pub. Health , 85(10): 1397-1401.
- Elola J. (1996 a). *Health Care System Reforms in Western European Countries: the Relevance of Health Care Organization*. Int. J. Health Serv., 26(2): 239-251.
- Elola J, (1996 b). *Sistema sanitario y Estado de Bienestar en España*. Quadern CAPS, 25: 43-58.
- El Observador (editorial). (2003). *El consenso no es gratis*. El Observador, 2 de abril, p. 6, col. 2-3.
- El País, (editorial). (1985). *Otro “cambio” frustrado*. El País, martes 9 de abril, p. 10, col. 2-3.
- El País, (editorial) (1986). *Un fracaso del Gobierno*. El País, lunes 31 de marzo, p. 8, col. 1-2.
- El País (editorial). (2003a). *Un modelo a seguir*. El País, 17 marzo, p. 16, col. 3.
- El País (Redacción). (2003b). *Cataluña lleva al Constitucional la ley que reforma la educación*. El País, 14 de marzo de 2003, p. 32, col. 1.
- El País (Redacción). (2003c). *Siete Comunidades creen que la Ley de calidad acapara sus espacio para establecer enseñanzas*. El País, 24 de marzo, p. 41, col. 1-5.
- El País (2009). *Cataluña plantea un modelo de gestión federal para la gripe A. Propone que las decisiones del Consejo Interterritorial sean vinculantes*. El País, 22 de Julio, p. 33, col. 1 -4.

- El País (editorial) (2009). *Fronteras sanitarias. España rechaza un proyecto que evidencia las dificultades de la libre circulación de pacientes*. El País, 6 de diciembre, p. 30, col. 1-2.
- Enthoven A. (1985). *Reflections on the management of the National Health Service*. London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Enthoven AC. (1999). *In pursuit of an Improving National Health Service*. London: The Nuffield Trust.
- Equipo editorial RAS. (2009). *Ciudadanía Sanitaria Europea*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 7(4): 537-539.
- Erlanger S. (2009). *In Bad Times for Capitalism, Socialists in Europe Suffer*. NY Times , September 28. Accesible en www.nytimes.com/2009/09/29/world/europe/29socialism.html?th&emc=th .
- Esmail N., Walker M. (2006). *How Good is Canadian Health Care?*. Vancouver, Fraser Institute Digital Report Publication. Accesible en: www.fraserinstitute.ca/shared/readmore.asp?sNav=pb&id=877 . Accedido 8/01/2007.
- Esping-Andersen G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Esteve Mora F. (1989). *Bienestar y economía posicional*. En: Muñoz del Bustillo, R. (comp.). *Crisis y futuro del Estado de bienestar*. Madrid, Alianza Editorial, p. 101-123.
- European Observatory on Health Care Systems, (2001). *Health Care Systems in Transition: Sweden (2001)*. Copenhagen: European Observatory on Health Care Systems.
- Evangelista M. (1982). *Opiniones de médicos*. Papeles de Economía Española 12-13: 445-446.
- Evans RG. (2006). *From World War to Class War: the Rebound of the Rich*. Healthcare Policy, 2(1): 14-24.
- Evans RG. (2007). *Economic Myths and Political Realities*. British Columbia: UBC Centre for Health Services and Policy Research.
- FADSP. (1984). *Valoración del anteproyecto de Ley General de Sanidad*. Sanidad Pública, 3: 1-2.
- FADSP (1985). *Valoración del Proyecto de Ley General de Sanidad*. Madrid: FADSP. (mimeo).
- FADSP (2009). *Globalización y salud 2009*. Madrid: Ediciones GPS.

- Families USA. (2007). *No Bargain. Medicare Drug Plans Deliver Higher Prices. A report by Families USA, January 2007.* Accesible en www.familiesusa.org/assets/pdfs/no-bargain-medicare-drug.pdf.
- Fernández D. (2009). *Elijan pareja, comienza el baile. Los expertos prevén un importante repunte de las fusiones y adquisiciones en 2010.* El País Negocios, 27 de diciembre, p. 8, col. 1-5.
- Fernández JA, Hernández R, Cueto A. (1994). *¿Qué son los QALYs?*. Atención Primaria, 14(7): 906-909.
- Ferrer I. (1997). *La privatización a medias de la sanidad británica no funciona según un estudio. La gestión hospitalaria no ha sido rentable para los inversores.* El País, 27 de abril, p. 28, col. 1-4.
- Flanigan J. (2009). *Biotech tries to shrug off setbacks.* NY Times. Business. September 17.
- Flood CM, Sullivan T. (2005). *Supreme disagreement.: the highest court affirms an empty right.* CMAJ, 173(2): 142-143.
- Flores de Arcais P., (2009). *La traición de la socialdemocracia.* El País 25 de Octubre, p. 31, col. 1-4.
- Fortier J. (2010). *Dems have only themselves to blame.* Politico, January 21. accessible en www.politico.com/news/stories/0110/31735.html.
- Foubister T, Thomson S, Mossialos E, McGuire A. (2006). *Private Medical Insurance in the United Kingdom.* WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Great Britain, Trowbridge, Wilts: The Cromwell Press. 2006.
- France G. (2008). *Coordinación de las políticas de salud en países con sistemas descentralizados de gobierno.* Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 5(3): 391-406.
- Franco A, Álvarez-Dardet C, Ruiz MT. (2004). *Effect of democracy on health.* BMJ, 329 (18-25 Dec.): 1421-1423.
- Freire Campo JM. (1993). *Cobertura sanitaria y equidad en España.* En: I Simposio sobre Igualdad y Distribución de la Riqueza. Vol VIII. Madrid, Fundación Argentaria.
- Freire Campo JM. (1995). *Clasificación de las prestaciones sanitarias: aspectos sanitarios.* Gac. Sanit. 46(Suppl 1): 11-27.
- Freire JM. (1998). *Comentarios a propósito del documento de la Subcomisión Parlamentaria para el análisis del Sistema Nacional de Salud español.* Revista de Administración Sanitaria, II(5): 23-50.
- Freire JM. (2005). *Así en el SNS como en RTVE.* Boletín Economía y Salud, 18(54): 1-2.

- Freire Campo JM. (2007). *Los sistemas de aseguramiento sanitario de riesgo de enfermedad en España*. Derecho y Salud, 15: 41-60.
- Freire JM. (2008). *La coordinación sanitaria en otros países descentralizados*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 6(1): 7-31.
- Fryback DG. (1993). *QALYs, HYE, and the loss of innocence*. Medical Decision Making, 13: 271-272.
- Fuchs V, Sox Jr. HC. (2001). *Physicians Views of the Relative Importance of Thirty Medical Innovations*. Health Affairs, 20(5): 30-42.
- Fuentes Quintana E. (1988). *Tres decenios de la economía española en perspectiva*. En: García Delgado JL (dir). España. Economía. Madrid, Espasa Calpe. P. 1-75.
- Fuentes Quintana E, Barea Tejeiro J. (1996). *El déficit público de la democracia española*. Papeles de Economía Española, 68: 86-191.
- Fuchs VR. (2008). *Three "Inconvenient Truths" about Health Care*. NEJM, 359(17): 1749-1751.
- Furman B. (1948). *Truman gets Report urging big 10-Year Health Program. Proposals prepared by Ewing (Federal Security Administrator) call for compulsory medical insurance and Federal outlays of \$2,312,000,000 by 1960*. New York Times, September 3.
- Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. (1999 a). *NHS capital expenditure and the private finance initiative: expansion or contraction?*. BMJ, 319: 48-51.
- Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. (1999 b). *PFI in the NHS: is there an economic case?*. BMJ, 319: 1161-119.
- Gaffney D, Pollock AM, Price D, Shaoul J. (1999 c). *The private finance initiative: The politics of the private finance initiative and the new NHS*. BMJ, 319: 249-253.
- Gafni A, Birch S, Mehrey A. (1993). *Economics, health and health economics: HYE versus QALYs*. Journal of Health Economics, 11: 325-339.
- Gallego R. (2001). *La política sanitaria catalana: La construcción d'un sistema universal de provisió pluralista*. En: Gomá R, Subirats J. (eds.). *Autonomia i Benestar. Govern i Politiques Públiques a Catalunya 1980-2000*. Barcelona: UAB.
- Garattini L, Casadei G. (2008). *Health technology assessment: for whom the bell tolls?*. European Journal of Health Economics, 9(4): 311-312.
- Garber AM, Jones CI, Romer PM. (2006). *Insurance and Incentives for Medical Innovation*. Forum for Health Economics&Policy. Biomedical Research and the Economy, Article 4. Accesible en <http://papers.nber.or/papers/W12080> .

- García Díez MA. (2008). *Intervención en el Seminario de la Fundación Alternativas “Sistema Nacional de Salud 2008: nueva etapa, nuevos retos”*. Madrid, 15 de Octubre de 2008. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, p. 25-35. Accesible en www.fundacionalternativas.org .
- García Goñi M. (2006). *Tipología de innovaciones en servicios aplicada a la sanidad*. Revista Española de Economía de la Salud, 5(1): 37-40.
- García Marco C. (2007). *La prestación farmacéutica de las mutualidades de funcionarios españoles: ¿buena, bonita y barata?*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 5(1): 17-34.
- García Sánchez IM. (2007). *La nueva gestión pública: evolución y tendencias*. Presupuesto y Gasto Público, 47: 37-64.
- García Vargas J, del Llano J. *El Sistema Nacional de Salud: ¿seguirá siendo un sistema?*. En: Informe España 2003. Una interpretación de su realidad social. Madrid: Fundación Encuentro, p. 223-295.
- Gavilanes E. (1993). *La financiación de los hospitales en el ejercicio de 1993: el contrato-programa*. Presupuesto y Gasto Público, 10: 159-162.
- Gawande A. (2009). *Getting there from here. How should Obama reform health care?*. The New Yorker, January 26. Accesible en www.newyorker.com/reporting/2009/01/26/090126fa_fact_gawande?currentPage=all
- Geli M. (2009). *El modelo sanitario federal es el más eficaz*. El País, 23 de julio.
- Gérvas J, Pérez Fernández M. (2008). *La necesaria Atención Primaria en España*. Gestión Clínica y Sanitaria, 35: 8-12.
- Gil Calvo E. (2009). *Federalismo*. El País, 6 Julio.
- Gill TM, Feinstein AR. (1994). *A critical appraisal of the quality-of-life measurements*. JAMA, 272(8): 630-631.
- Gillies RR. et al. (1993). *Conceptualizing and Measuring Integration: Findings from the Health Systems Administration Study*. Hospital&Health Services Administration, 38(4): 467-490.
- Gilson L. (1998). *In defence and pursuit of equity*. Soc. Sci. Med., 47(12): 1891-1896.
- Gleave R. (2009). *Across the Pond. Lessons from the US on Integrated Healthcare*. London: The Nuffield Trust.
- Glied SA. (2008). *Health Care Financing, Efficiency, and Equity. Working paper 13881*. Cambridge (Massachussets), National Bureau of Economic Research (NBER). Accesible en www.nber.org/papers/w13881 .

- Goddard M, Smith P. (2001). *Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK*. Soc. Sci. Med., 53: 1149-1162.
- Goiri F, Rodríguez MC. (2008). *Madrid se suma a Cataluña y permite al médico tener dos empleos públicos*. Diario Médico, 8 de Nero, p. 1 y 6.
- Goldsmith J. (2008). *Daschle: What can We expect of the Czar in Waiting*. Accessible en <http://healthaffairs.org/blog/2008/12/15> .
- González T. (1998). *Amador descalifica el plan estratégico del Insalud por ser contradictorio e incompleto. Dice que las fundaciones son ineficaces y que se ignoran problemas de salud*. Diario Médico, 26 enero 1998.contraportada. col. 1-5.
- Gosling P. (2004). *PFI: against the public interest*. London: positively public (UNISON). Accesible en: www.unison.org.uk/pfi .
- Gosling P. (2009). *Bank drops hospital project*. Public Finance, January 30. Accesible en www.publicfinance.co.uk/news_details.cfm?News_id=59643&keysearch=NHS .
- Granda J. 1978: *el año que cambió la manera de entender la Atención Primaria*. El Médico Interactivo. Informes y Gestión. Accesible en: www.elmedicointeractivo.com/informes_ext.php?idreg=284. Accedido 8/01/2009.
- Greer S. (2002). *When Does Devolution Cause Divergence?. Health agendas and policy debates before and after devolution*. London, UCL Constitution Unit.
- Greer S. (2004). *Four Way Bet: how devolution has led to four different model for the NHS*. London, UCL Constitution Unit.
- Greer S, Trench A. (2008). *Health and Intergovernmental relations in the devolved United Kingdom*. London: The Nuffield Trust.
- Greer S. (2009). *Devolution and divergence in UK policies*. BMJ 338(10 Jan.): 78-80.
- Grim R.. (2009). *Internal Memo confirms big giveaways in White House Deal with Big Pharma*, en www.huffingtonpost.com/2009/08/13/internal-memo-confirms-bi_n_258285.html .
- Grupo de Trabajo de la Conferencia de Presidentes para el análisis del gasto sanitario presidido por la IGAE.(2005). *Informe para el análisis del gasto sanitario*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales. Ministerio de Economía y Hacienda-Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Guillén AM, Cabiedes L. (1997). *Towards a National Health Service in Spain: the Search for Equity and Efficiency*. Journal of European Social Policy, 7(4): 319-336.
- Guillén A. (2000). *La construcción política del sistema sanitario español: de la posguerra a la democracia*. Madrid: Ex Libris Ediciones.

- Gulliford M, Morgan M. (eds.) (2003). *Access to Health Care*. London-New York: Routledge.
- Haggard S, Kaufman RR. (2008). *Development, Democracy and Welfare States. Latin America, East Asia, and Eastern Europe*. Princeton: Princeton University Press.
- Hagist C., Kotlikoff LJ. (2005). *Who's going broke?. Comparing Healthcare costs in ten OECD Countries*. National Bureau of Economic Research (NBER), Working Paper 11833, December 2005. Accesible en www.nber.org/papers/w11833 .
- Hallowell M. (2008 a). *Is PFI on the critical list?*. Public Finance, August 29. Accesible en www.publicfinance.co.uk/news_details.cfm?News_id=59643&keysearch=NHS .
- Hallowell M. (2008 b). *Unhealthy option?*. Public Finance, October 10. Accesible en www.publicfinance.co.uk/news_details.cfm?News_id=59138&keysearch=NHS .
- Halpern MT. Et al. (2008). *Association of insurance status and ethnicity with cancer stage at diagnosis for 12 cancer sites: a retrospective analysis*. The lancet Oncology, 9(3): 222-231.
- Ham C, Brommels M. *Health care reform in the Netherlands, Sweden and the United Kingdom*. Health Affairs, 13 (4): 107.
- Ham C. (2008a). *Competition and integration in the English National Health Service*. BMJ; 336 (12 April): 805-807-
- Ham C. (2008 b). *Health care Commissioning in the International Context: Lessons from the Experience and Evidence*. Birmingham, University of Birmingham-Health Services Management Centre. Accesible en <http://www.hsmc.bham.ac.uk/publications/Current.shtml> . Accedido 3/05/2008.
- Ham C. (2008 c). *In brief. Book. Health-care reform*. The Lancet, 371 (May 3): 1496. Es crítica del libro de LeGrand J. *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Princeton University Press, 2007.
- Ham C, Ellins J, Parker H. (2009). *The theory and practice of markets in health care*. Journal of Health Services Research & Policy, 14(4): 193-194.
- Hari J. (2009). *The horrifying hidden story behind drug company profits*. August 4, en : www.huffingtonpost.com/johann-hari/the-horrifying-hidden-story_b_251365.html .
- Harris G. (2009). *Where Cancer progress is rare, one man says no*. NYTimes. Money&Policy . September 15.
- Harrison S. (1988). *Managing the National Health Service. Shifting the frontier?*. London; Chapman and Hall.
- Hartman M., et al. (2007). *U. S. Health Spending by age, selected years through 2004 (recent trends indicate that per person spending for the oldest elderly is growing more*

slowly than spending for all other age groups). Health Affairs 27, 1 (2008): w1-w12 (published online 6 November 2007; 10.1377/hlthaff.27.1.w.1)

-Harvey D. (2003). *El nuevo imperialismo*. Madrid: Akal.

-Hazell R, Jervis P. (1998). *Devolution and health*. London, Nuffield Trust.

-Hazell R, Jervis P. (2001). *Devolution and health. Second Annual Report. Monitoring the impact of devolution on the United Kingdom's health services*. London, UCL Constitution Unit-Nuffield Trust.

-Healthcare Quarterly (2009). *All together now. A conceptual Exploration of Integrated care*. Healthcare Quarterly, Vol. 13 Special Issue. Accesible en www.healthcarequarterly.com .

-Health Edition (2009). *Western premiers take drug purchasing action*. Health Edition 26/6/2009. Vol. 13(25): p. 1 y 4. Accesible en www.healthedition.com

-Hernandez Yáñez J. (2007). *Propuesta de organización corporativa de la profesión médica. Documento de trabajo 127/2007*. Madrid, Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.

-Hernández Yáñez JF. (2009 a). *Administración y gestión del sistema sanitario público. El marco institucional (apuntes)*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 7(1): 99-112.

-Hernández Yáñez JF. (2009 b). *la necesaria transición democrática de los colegios profesionales*. E-RAS, 30 de noviembre. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1602 .

-Hernández Yáñez JF. (2010). *Contestación a Juan José Rodríguez Sendín*. E-RAS, 1 de febrero. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1803 .

-Herrero de Miñón M. (1999). *¿Panacea federal?*. El País, 2 noviembre, p. 15.

-Herszenhorn DM. (2009). *Drug Industry Deal survives Senate Committee vote*. Prescriptions. September 24. Accesible en <http://prescriptions.blogs.nytimes.com/2009/09/24> .

-Hesketh T, Xing Zhu W. (2004). *Effect of restricted freedom in health in China*. BMJ, 329 (18-25 Dec.): 1427.

-Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. (2007). *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination. OECD Health Working Papers No. 30*. Paris: OECD.

-House of Commons Health Committee (2005). *The Influence of the Pharmaceutical Industry. Fouth Report of Session 2004-2005*. House of Commons, 22 March. Accesible en www.publications.parliament.uk/pa/c,200405/cmselect/cmhealth/42/42.pdf .

- Hsiao WC, Sapolsky HM, Dunn DL, weiner SL. (1986). *Lessons of the NEW Jersey DRG Payment System*. Health Affairs, Summer: 32-45.
- Hsu J. et al. (2006). *Unintended Consequences of Caps on Medicare Drug Benefits*. NEJM, 354 (22): 2349-2359.
- Huber E, Stephens JD. (2004). *Development and crisis of the Welfare States: Parties and Policies in Global Markets*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hunter DJ. (1993). *The Internal Market. The Shifting Agenda*. En: Tilley I. (ed.). *Managing the Internal Market*. London, Paul Chapman P. Ltd., p. 31-43.
- Hunter D, Wilkinson J, Coyle E. (2005). *Would regional government have been good for your health?*. BMJ, 330(22 Jan.): 159-160.
- Iglehart JK (ed.) (1999). *International Health Reform*. Health Affairs, vol 18, no. 3.
- Iglehart JK. (2004). *An Industry under Siege Mounts Counterattack*. Health Affairs, 23(1): 7-8.
- Instituto Nacional de la Salud. (1984). *Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria*. Madrid, Secretaría General del INSALUD.
- INSALUD (1998). *Plan Estratégico. El Libro Azul*. Madrid: Servicio de Documentación y Publicaciones del Instituto Nacional de la Salud.
- Instituto Roche. (2009). *Controles éticos en la actividad biomédica*. Madrid, Instituto Roche, octubre 2009. Accesible en www.institutoroche.es .
- Grim R.. (2009). *Internal Memo confirms big giveaways in White House Deal with Big Pharma*, en www.huffingtonpost.com/2009/08/13/internal-memo-confirms-bi_n_258285.html
- Iñesta A. (2005a). *Acuerdo sanidad y Consumo y Farmaindustria. No podría ser mejor para Farmaindustria*. e-RAS. 14 mayo. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/630 .
- Iñesta A. (2005b). *Políticas de medicamentos*. Cap 6 en: Oteo Ochoa LA, Repullo Labrador (coord..) *Un nuevo contrato social para el SNS*. Madrid: Ariel-CCOO. p. 131-163..
- Iñesta A. (2007). *Genéricos: medidas para el aumento de su prescripción y uso en el Sistema Nacional de Salud. Documento de Trabajo 123/2007*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Iñesta A. (2008). *Intervención en: Mesa Redonda sobre Sistema Sanitario Público español: Retos para el futuro*. Oviedo: Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. p. 100-115.

- Italian Global Health Watch (OISG) (2008). *From Alma-Ata to the Global Fund: the History of International Health Policy*. Social Medicine 3(1): 36-48.
- Jan S, Wiseman (1996). *Equity in health care: some conceptual and practical issues*. Australian and New Zealand Journal of Public Health, 20(1): 9-11.
- Jayadev A, Stiglitz J. (2009). *Two ideas to increase innovation and reduce pharmaceutical costs and prices*. Health Affairs, 28(1): w165-168.
- Johannesson , Pliskin JS, Weinstein MC. (1993). *Are Healthy Years Equivalents an improvement over Quality Adjusted Life Years?*. Medical Decision Making, 13: 281-286.
- Johannesson M. (1995a). *The ranking properties of Healthy Years Equivalents and Quality Adjusted Life Years under certainty and uncertainty*. International Journal of Technology in Health Care, 11(1): 40-48.
- Johannesson M (1995b). *Quality Adjusted Life Years versus Healthy Years Equivalents. A comment*. Journal of Health Economics, 14(1): 9-16.
- Jommi C, Fattore G. (2003). *Regionalization and drugs cost-sharing in the Italian NHS*. Euro Observer 2003, 5(3): 1-4.
- Johnson Redden C. (2002). *Health Care, Entitlement and Citizenship*. Toronto: University of Toronto Press.
- Jonsson B. (2009). *Ten arguments for a societal perspective in the economic evaluation of medical innovations*. European Journal of Health Economics, 10(4): 357-359.
- Jourdain A. (2000). *Equity of a health system*. European Journal of Public Health, 10: 138-142.
- Judt T. (2005). *Postwar. A history of Europe since 1945*. Hay edición española: *Posguerra. Una historia de Europa desde 1945*. Madrid. Taurus. 2006.
- Jutel A, Menkes DB. (2008). *Soft Targets: Nurses and the Pharmaceutical Industry*. PLoS Medicine; 5(2): 193-198. Accesible en www.plosmedicine.org .
- Kaiser Family Foundation (2009). *HRET Employer Health Benefits Survey*. Accesible en www.kff.org/insurance/ehbs091509nr.cfm .
- Kanavos P, Costa-Font J, Seeley E. (2008). *Competition in off-patents drug markets: Issues, regulation and evidence*. Economic Policy, July: 499-544.
- Kihss P. (1962). *AMA rebuttal to Kennedy sees aged care "hoax"*. New York Times, May 22.
- Kickbusch IS. (2001). *Health literacy: Addressing the health and education divide*. Health Promotion International, 16: 289-297.

- Klein E. (2009). *America spends way, way, way more on health care*. Accesible en http://voices.washingtonpost.com/ezra-klein/2010/01/america_spends_way_way_way_more.html?wpisrc=nl_pmpolitics .
Accedido 14/01/2010.
- Klein E. (2010). *A good message is not nearly as important as a fast process*. Accesible en http://voices.washingtonpost.com/ezra-klein/2010/02/a_good_message_is_not_nearly_s.html?wpisrc=nl_pmpolitics .
Accedido 08/02/2010.
- Klein JD. (2001). *The Price of Progress: Prescriptions Drugs in the Health Care Market*. Health Affairs, 20(5): 43- 60.
- Knowles C. (1962). *Kennedy exhorts public to support Medical Care Hill*. New York Times, May 21.
- Krimsky S. (2003). *Science in the Private Interest. Has the Lure of Profits corrupted Biomedical Research?*. Maryland. Rowman&Littlefield Publishers.
- Kristol W., (2009). *Kristol: kill It, and Start Over*. The Blog, Weekly Standard.com. Accesible en www.weeklystandard.com/weblogs/TWSFP/2009/07/kristol_kill_it_and_start_over.asp .
- Krugman P. (2006). *The health care crisis and what to do about it*. The New York Review of Books, 53(5), March 23. Accesible en www.nybooks.com/articles/18802 .
- Krugman P. (2007 a). *The Conscience of a Liberal*. New York: W.W. Norton&Company. Hay versión española: *Después de Bush. El fin de los neocons y la hora de los demócratas*. Barcelona: Crítica, 2008.
- Krugman P. (2007 b). *The Plot Against Medicare*. NYTimes, April 20. Accesible en <http://select.nytimes.com/2007/04/20/opinion/20krugman.html?the&emc=th> .
- Krugman P. (2009 a). *Missing Richard Nixon*. NY Times. Opinion. August 30. Accesible en www.nytimes.com .
- Krugman P. (2009 b). *How did economists get it so wrong?*. New York Times. Magazine. September 2. Accesible en www.nytimes.com/2009/09/06/magazine/06Economic-t.html . Hay versión española: *¿Cómo pudieron equivocarse tanto los economistas?* . El País. Negocios. 13 Septiembre 2009, p. 8-10, col. 1-4.
- Krugman P. (2009 c). *Insurers only pull your coverage when it hurts*. Conscience of a liberal (Blog NY Times). August 4. Accesible en <http://topics.nytimes.com/top/opinion/editorialsandoped/oped/columnists/paulkrugman/index.html> .

- Lapuente V. (2009 a). *Problemas institucionales y corrupción*. En: Fundación Alternativas. *Informe sobre la democracia en España 2009. Hacia un New Deal global*. Madrid: Fundación Alternativas. 2009. p. 191-224.
- Lapuente V. (2009 b). *¿Por qué hay tanta corrupción en España?*. El País, 27 marzo, p. 31, col. 1-4.
- Lamata F, Ortega F. (1998). *La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de Abril)*. En: Lamata F, Ortega F. (ccords.). *La década de la reforma sanitaria*. Madrid: Ex Libris Ediciones, p. 21-27.
- Lancet (editorial). (2000). *Trading public health for private wealth*. The lancet, 356: 1941.
- Lancet, editorial (2002). *Where health care is not a right*. Lancet, 359 (9321): 1871.
- Langham S. et al. (2003). *Addressing the inverse care law in cardiac services*. Journal of Public Heal Medicine 25(3): 202-207.
- Lawn JE et al. (2008). *Alma- Áta 30 years on: revolutionary, relevant , and time to revitalise*. Lancet, 372: 917-927.
- LeGrand J., Mays N., Mulligan JA. *Learning from the NHS Internal Market. A review of the evidence*. London: King' Fund.
- Leiter AM, Theurl E. (2009). *The convergence of Health Care Financing Strucutres: Empirical Evidence from OECD-Countries*. Austrian Center for Labor Economics and the Analysis of the Welfare State. Working Paper No. 0912. August 2009. Accesible en <http://www.laborrn.at/wp/wp0912.pdf> .
- Lethbridge J. (2009). *La sanidad en la Unión Europea y el mercado europeo de servicios sanitarios*. En: FADSP (2009). *Globalización y salud 2009*. Madrid: Ediciones GPS, p. 177-200.
- Lewin S. et al. (2008). *Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews*. Lancet, 372: 928-939.
- Leys C. (1999). *The NHS after devolution*. BMJ, 318 (1 May): 1155-1156.
- LGI (2009a). *Las autonomías deben 2.500 millones a sus proveedores*. Diario Médico, 16 septiembre, p. 1 y 4.
- LGI (2009b). *Las regiones pueden marcar la agenda del Interterritorial. El TS da la razón a las autonomías del PP que pedían debatir la financiación*. Diario Médico, 19 Octubre, p. 5, col 1-6.
- Light D., Dixon M. (2004). *Making the NHS more like Kaiser Permanente*. BMJ, 328(27 March): 763-765.

- Lindblom CE. (1991). *El proceso de elaboración de Políticas Públicas*. Colección Estudios, Serie Administración Central. Madrid: Ministerio par las Administraciones Públicas- Instituto Nacional de Administración Pública.
- Lindholm L, Rosén M. ((1998). *On the measurement of the nation's equity adjusted health*. Health Economics, 7: 621-628.
- Lister J. (2003). *The PFI experience. Voices from the frontline. Interviews with staff in nine PFI hospital schemes in England, Scotland and Wales*. London: UNISON. Accesible en www.unison.org.uk/acrobat/13383.pdf .
- Lluch E. (1998). *La “operación primavera” contra la Ley General de Sanidad*. En: Ortega F, Lamata F. (coords). *La década de la reforma sanitaria*. Madrid, Ex Libris Ediciones. P. 29– 34.
- LM. (2009). *Las administraciones pagan cada día peor a sus proveedores. El retraso está aumentando en 22 días al mes de media. Algunas regiones superan el año en la demora*. Diario Médico, 19 Octubre, p. 1 y 4.
- Lobo F. (1988). *El gasto público en prestación farmacéutica*. Papeles de Economía Española, 37: 255-264.
- Lobo F. (1992). *Medicamentos. Política y Economía*. Barcelona: Masson.
- Loomes G. (1995). *The myth of the HYE*. Journal of Health Economics, 14(1): 1-7.
- López Alemany JM. (2007). *¿Por qué España está a la cola en gasto sanitario, pero mantiene un buen nivel de salud?*. Revista Española de Economía de la Salud, 6(7): 370.
- López Bastida J, Mossialos E. (2000). *Pharmaceutical expenditure in Spain: Cost and Control*. Int. J. Health Serv., 30(3): 597-616
- López i Casanovas G. (1991). *El informe “Abril” de reforma de la asistencia sanitaria*. Papeles de Economía Española, 48: 99-105.
- López Casanovas G.(director). (2003). *Los nuevos instrumentos de la gestión pública*. Barcelona: Fundación La Caixa. Colección Estudios Económicos, nº 31.
- Lopez i Casanovas G. (2008). *Los análisis de trazo grueso en la comparativa de sistemas identifican sólo diferencias micro del 3%*. Gestión Clínica y Sanitaria, 10(4): 128.
- López Casanovas G, Puig Junoy J. (2008 b). *Una propuesta para la orientación del papel del aseguramiento y la responsabilidad financiera individual en el Sistema Nacional de Salud*. Doc. 2008-06-24. (mimeo).
- López Nicolás A., Ramos Parreño JM. (2009). *Utilización de los servicios sanitarios por parte de las poblaciones inmigrante y nativa en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*. Gaceta Sanitaria, 23 (supl. 1): 12-18.

- MacPherson G. (1998). *1948: a turbulent gestation for the NHS*. BMJ, 316:6.
- Mansilla PP, Elola J, Ruiz Alvarez JL (1985). *La ley general de Sanidad*. Diario 16, 19 de Abril, p. 3-4.
- Mansilla PP. (1988). *Coordinación Sanitaria*. Madrid, Mondadori.
- Maravall JM. (1981). *La política de la transición 1975-1980*. Madrid: Taurus.
- Maravall JM (1992). *Politics and policy economic reforms in Southern Europe*. In: Bresser LC, Maravall JM, Przeworki A. *Economic reforms in new democracies. A social-democratic approach*. New York; Cambridge University Press.
- Maravall JM. (2008). *Las estrategias de crispación bajo Felipe González y Zapatero*. CLAVES DE RAZÓN PRÁCTICA, 184: 8-20.
- Marcus R. (2010). *It's too soon to grade Obama's performance as President*. Washington Post, January 20. Accesible en www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/01/19/AR201001903467.html .
- Marín M. (2008). *Intervención en el Seminario de la Fundación Alternativas "Sistema Nacional de Salud 2008: nueva etapa, nuevos retos"*. Madrid, 15 de Octubre de 2008. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas, p.104-114. Accesible en www.fundacionalternativas.org .
- Mármol L. (2009 a). *La sanidad transfronteriza amenaza el equilibrio del SNS. Belén Prado analiza las repercusiones de la Directiva europea*. Diario Médico, 27 de Octubre, p. 4, col. 1-4.
- Mármol L. (2009 b). *Jiménez propondrá una nueva directiva transfronteriza*. Diario Médico, 17 de diciembre, p. 6, col. 1-4.
- Marrée J, Groenewegen PP. (1997). *Back to Bismarck: Health Care Systems in Transition*. Aldershot (England): Avebury.
- Marset P. (1990). *La política sanitaria y los profesionales*. En: FADSP. *La Sanidad española a debate*. . Madrid: FADSP, p. 242-258.
- Martín- López E. (1979). *Los médicos españoles y su ideología profesional*. Rev. Seg. Soc. 2: 167-220.
- Martín Martín JJ (2003). *Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias. Documento de Trabajo 14/2003*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Martín JJ (2007). *Autonomía y desigualdades en salud*. Gestión Clínica y Sanitaria, 9(4): 127-131.

- Martínez D. (coord.). (2008). *Curso Básico de Derecho Farmacéutico- Edición 2008*. Madrid: Asociación Española de Derecho Farmacéutico.
- Martínez Robles E. (1996). *El modelo de financiación autonómica y sus problemas*. En: Ministerio para las Administraciones Públicas. *El funcionamiento del Estado autonómico*. Madrid. p. 191-223.
- Martinón Ribot G. (2009). *Las prestaciones de asistencia sanitaria en los reglamentos comunitarios sobre Seguridad Social. Problemática que genera su aplicación en la Comunidad Autónoma de Canarias*. Revista de Administración sanitaria Siglo XXI, 7(4): 639-660.
- Martyn C. (2004). *Commentary: Politics as a determinant of health*. BMJ, 329(18-25 Dec.): 1423-1424.
- Mashta O. (2009). *Inadequate data mean UK nations are failing to learn from each other*. BMJ 338: b21-28.
- Mata Barranco I. de la (2009). *La salud y la Unión Europea*. Revista de Administración sanitaria Siglo XXI, 7(4): 541-548.
- Matesanz R. (2003). *Que viene el ticket*. El Observador, 27 de febrero, p.3, col. 3.
- Maynard A, Dixon A. (2002). *Private Health insurance and medical savings accounts; theory and experience*. In: Mossialos et al. (eds.). *Funding health care: options for Europe. European Observatory on Health Care Systems Series*. Buckingham: Open University Press, p. 109-127.
- .McFarlane L. (2005). *Supreme Court slaps for-sale sign on medicare*. CMAJ, 173(2) DOI:10.1503/cmaj.050728.
- McGauran A. (2003). *Parliamentary Committee criticises PFI*. BMJ, 325: 2002.
- McIntosh T. (2006). *Don't Panic: A Hitchhiker's Guide to Chaoulli, Wait Times and the Politics of Private Insurance*. Canadian Policy Research Networks. Accesible en www.cprn.com/doc.cfm?doc=1394&l=en .
- McKee M, Nolte E. (2004). *Lessons from health during the transition from communism*. BMJ, 329 (18-25 Dec.): 1428-1429.
- McKinsey Institute. (2007). *Accounting for the Cost of Healthcare in the United States*. Accesible en www.mckinsey.com/mgi/rp/healthcare/accounting_cost_healthcare.asp
- McKinsey Quarterly (2009). *What health systems can learn from Kaiser Permanente: An interview with Hal Wolf*. Accesible en: www.mckinseyquarterly.com/ghost.aspx?ID=/What_health_systems_can_learn_from_Kaiser_Permanente_An_interview_with_Hal_Wolf_2397 .
- Mehrey A, Gafni A. (1993). *Healthy-Years-Equivalents versus Quality-Adjusted-Life-Years: In pursuit of progress*. Medical Decision Making, 13: 287-292.

- Meier, B. (2009). *Costs surge for medical devices, but benefits are opaque*. NY Times, Business, November 4.
- Menéndez Rexach A. (2008). *La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública. Reflexiones en torno al debate sobre la privatización de la sanidad*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 6(2): 269-296.
- Meneu R. (2005). *Regulación y competencia en el sector farmacéutico*. En: Oteo et al. Oteo Ochoa LA, Repullo Labrador (coord.) *Un nuevo contrato social para el SNS*. Madrid: Ariel-CCOO. P. 165-181.
- Meneu R. (2008). *La distribución y dispensación de medicamentos en España. Documento de Trabajo 130/2008*. Madrid, Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Mesa-Lago C. (2009). *Lecciones de Iberoamérica para EEUU*. El País, 16 septiembre, p. 27, col 1-4.
- Mestre-Ferrándiz J. (2005). *¿Es el Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) un mecanismo adecuado para regular el mercado farmacéutico británico?*. Revista Española de Economía de la Salud, 5(1): 18-21.
- Metcalf L, Richards S. (1989). *La modernización de la gestión pública*. Colección Estudios, Serie Administración General. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública- Ministerio para las Administraciones Públicas.
- Meyerson H. (2010). *More action on health care.(Democrats disastrous delay)*. Washington Post, January 20. Accesible en www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2010/01/19/AR2010011903713.html .
- Milesi-Ferretti GM, Perotti R, Rostagno M. (2002). *Electoral Systems and Public Spending*. Quarterly Journal of Economics, 117 (2): 609-657.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1986). *OFERTA Y DEMANDA DE MÉDICOS EN ESPAÑA. (Una primera aproximación)* 3ª ed. Madrid, Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1995). *Plan de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1999). *Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público 1991-1996*. Madrid: Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Indicadores de Salud. La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. (1980) *La reforma sanitaria. Texto aprobado por el Congreso de los Diputados*. Madrid, Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.
- Ministerio para las Administraciones Públicas (MAP) (1990). *Reflexiones para la modernización de la Administración del Estado*. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas- Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).
- Ministerio para las Administraciones Públicas (MAP) (1991). *Jornadas para la Modernización de las Administraciones Públicas. 9, 10 y 11 de Julio de 1990, Cuenca*. Colección Informes y Documentos. Madrid: Ministerio para las Administraciones Públicas- Instituto Nacional de Administración Pública (INAP).
- Mintzberg H. (1979). *The structure of organizations*. New York: Prentice Hall. Englewood Cliffs. Hay edición española: *La estructura de las organizaciones*. Barcelona: Ariel. 1990.
- Mintzberg H. (1983). *Structure in fives. Designing effective organizations*. New York: Prentice Hall. Englewood Cliffs. Hay edición en español: Buenos Aires: El Ateneo. 1989-1990.
- Missé A, Sahuquillo MR. (2009). *España tumba la directiva sobre libre circulación de pacientes*. El País, 2 de diciembre, p.31, col. 1-4.
- Molinari NAM (2004). *The effect of health care on population health*. Lancet, 364: 1558-1560.
- Monahan PJ. (2006). *Chaoulli v. Québec and the Future of canadian Healthcare: Patient Accountability as the "Sixth Principle" of the Canada Health Act*. Benefactors Lecture, 2006. C.D. Howe Institute. Accesible en www.cdhowe.org/pdf/benefactors_lecture_2006.pdf .
- Monasterio Escudero C, Pérez García F, Sevilla Segura JV, Solé Vilanova J. (1995). *Informe sobre el actual sistema de financiación autonómica y sus problemas*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- Montero-Granados R, Jiménez JD, Martín J. (2007). *Decentralization and convergence in health among the provinces in Spain 1980-2001*. Social Science & Medicine, 64: 1253-1264.
- Montero Hita F. (1993). *Convergencia Europea y financiación del gasto sanitario*. Presupuesto y Gasto Público, 10: 23-38
- Mooney GH. (1983). *Equity in health care: confronting the confusionism*. Effective health care, 1(4): 179-185.
- Mooney GH. (1987). *What does equity in health mean?*. World Health Stat. Q., 40: 296-303.

- Mooney G, Hall J, Donaldson C, Gerard K. (1991). *Utilisation as a measure of equity: weighing heat?*. Journal of Health Economics, 10: 475-480.
- Moore W. (2002). *Public bodies should take more care in managing PFI contracts*. BMJ, 325: 66.
- Morales Martín J. (2008). *¿Seguridad Social?*. EL País, Cartas al Director, 28 de julio. p. 20, col. 5.
- Moreno L. (1997). *La federalización de España. Poder político y territorio*. Madrid, Siglo XXI de España.
- Moreno Fuentes L. (2009). *Reformas de las Políticas de Bienestar en España*. Madrid: Siglo XXI de España.
- Morgan SG. (2004). *Sources in Variation in Provincial Drug Expenditures*. Canadian Medical Association Journal, 170(3): 329-330.
- Morgan S. (2005). *Drug Expenditure Trends in the Canadian Provinces: Magnitude and Causes from 1998 to 2004*. Healthcare Policy, 1(1): 85-99.
- Mossialos E, McKee M. (2002 a). *EU Law and the Social Character of Health Care*. London: Peter Lang (Softback).
- Mossialos E, Dixon A, Figueras J, Kutzin J. (2002 b). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.
- Moynihan R, Cassels A. (2005). *Selling Sickness: How the World'S Biggest Pharmaceutical Companies Are Turning Us All Into Patients*. New York: Nation Books.
- Moynihan R. (2006). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. Madrid, Terapias Verdes.
- MUFACE. (2002). *Guía de recomendaciones en reproducción humana asistida*. (mimeo).
- Muggli et al. (2009). *Legislating tolerance: Spain's national public smoking law*. BMJ doi: 10.1136/tc.2009.031831 . Accesible en www.tobaccocontrol.bmj.com .
- Muñoz López-Carmona R, Fontenla Cob J. (1993). *Consideraciones sobre el análisis de la eficiencia en los hospitales del INSALUD*. Presupuesto y Gasto Público, 10: 163-177.
- Muñoz Machado S. (2008). *La senda constitucional hacia la Edad Media*. El Mundo, 16 Enero.
- Murray CJL, Evans DB. (2003). *Health Systems Performance Assessment. Debates, Methods and Empiricism*. Geneva, WHO.

- Murray C, Frenk J. (2001). *World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy*. Lancet, 357: 1698-1700.
- Musgrove P. (2003). *Judging health systems: reflections on WHO's methods*. Lancet, 361: 1817-1820.
- Mutchnick IS, Stern DT, Moyer CA. (2005). *Trading Health Services Across Borders: GATS, Markets, and Caveats*. Health Affairs- Web Exclusive, 25 January. DOI 10.1377/hlthaff.W5.42 .
- Ncayiyana DJ. (2004). *Is democracy good for people's health?. A South African perspective*. BMJ, 329 (18-25 Dec.): 1425-1426.
- Naïr S. (2009). *El dilema del socialismo europeo*. El País, 13 de octubre, p. 29, col. 1-4.
- National Institute for Health Care Management Research and Educational (NIHCM) Foundation. (2002). *Changing Patterns of Pharmaceutical Innovation*. Accesible en www.nihcm.org .
- Navarro B, Izquierdo L. (2010). *Los eurodiputados españoles están molestos porque se han quedado sin Seguridad Social*. La Vanguardia, 1 de febrero. www.lavanguardia.es/politica/noticias/20100201/53881390185/los-eurodiputados-espanoles-estan-molestos-porque-se-han-quedado-sin-seguridad-social-pp-bruselas-ps.html .
- Navarro V. (1976). *Medicine under Capitalism*. New York: Neale Watson Academic Publications. Hay version española: *La medicina bajo el capitalismo*. Barcelona: Crítica, 1978.
- Navarro V. (1989). *Why some countries have National Health Insurance, others have National Health Services, and the United States have neither*. Int. J. Health Serv., 19(3): 383-404.
- Navarro V. (1995a). *El debate sobre la separación entre las funciones de financiación y provisión de servicios en el Estado de Bienestar y su relevancia para España*. Gaceta Sanitaria, 48(9): 202-209.
- Navarro V, Elola J. (1995b). *Análisis de las políticas sanitarias españolas 1975-1992*. Sistema, 126: 19-39.
- Navarro V. ((2000). *Assessment of the World Health Report 2000*. Lancet, 356: 1598-1601.
- Navarro V. (2001a). *World Health Report 2000: responses to Murray and Frenk*. Lancet, 357: 1701- 1702.
- Navarro V. (2001b). *The Political Context of Social Inequalities in Health*. Int. J. Health Serv., 31(1): 1-21.

- Navarro V. (2002). *The World Health Report 2000: Can Health Care Systems Be Compared Using A Single Measure of Performance?*. American Journal of Public Health, 92(1): 31-34.
- Navarro V. (2006). *El subdesarrollo social de España: causas y consecuencias*. Madrid: Anagrama.
- Navarro V. (2009). *La muy limitada democracia de EEUU*. Público, 24 de septiembre, p. 7, col 1-4.
- NERA (2004). *The Human and Economic value of Pharmaceutical Innovation and Opportunities for the NHS*. Accesible en www.nera.com/Publication.asp?p_ID=2070 .
- News WHO. (2009). *Spanish health district tests a new public-private mix*. Bull. World Health Organ., 87: 892-893 / doi: 10.2471/BLT.09.031209 .
- New York Times (1932). *Socialized Medicine is urged in Survey. Wilbur Comité advocates community centres to treat and prevent illness*. New York Times, Nov 30.
- New York Times (1934). *Doctors condemn health insurance. American Association "rebuffes" surgeons for advocating socialized medicine*. New York Times, June 1.
- New York Times. (2009 a). *A History of Health Care Reform*. Accesible en http://www.nytimes.com/interactive/2009/07/19/us/politics/20090717_HEALTH_TIMELINE.html .
- New York Times. Week in Review. (2009 b). *Word for Word. A tutorial from Lyndon B. Johnson. Don't Let Dead Cats Stand on Your Porch*. NYTimes, September 19.
- Nolte E, McKee M. (2003 a). *Measuring the health of the nations: analysis of mortality amenable to health care*. BMJ, 327: 1129-1134.
- Nolte E, McKee M. (2003 b). *Population health in Europe: How much is attributable to health care?*. Euro Observer, 5(4): 1-3.
- Nolte E. (2004) *.Does Healthcare Save Lives? Avoidable mortality revisited*. London. The Nuffield Trust.
- Nozick R. (1974). *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books.
- Nyboe Andersen A. et al. (2008). *Assisted reproductive technology in Europe, 2004: results generated from European registers by ESHRE*. Human Reproduction, 23(4): 756-771.
- NYTimes (editorial). (2009). *Science and Lobbying at the FDA*. NYTimes, October 3.
- Ochoa A. (2003a). *La Ley de Cohesión recibe el apoyo unánime de los partidos en el Senado*. Diario Médico, 9 de mayo, p. 1, col. 5-6 y p. 3, col. 1-4.

- Ochoa A. (2003 b). *Entrevista a M^a del Mar Julios: “Canarias tendría dificultades hoy para afrontar la Ley de Cohesión”*. Diario Médico, 18 de marzo, p. 3, col. 2-5.
- O'Donnell O, Propper C. (1991). *Equity and the distribution of UK National Health Service resources*. Journal of Health Economics, 10: 1-19.
- OECD (1992). *The Reform of Health Care. A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris, OECD. Hay version española: La reforma del sistema sanitario. Análisis comparativo de siete países de la OCDE. Madrid, MSC-BOE. 1998.
- OECD (1994a). *Health Care Reform: Issues for Discussion*. Paris, OECD Working Party No. 1 of the Economic Policy Committee. (mimeo).
- OECD (1994b). *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen OECD Countries*. Paris, OECD. Hay version española: La reforma de los sistemas de asistencia sanitaria. Estudio de diecisiete países de la OCDE. Madrid, MSC-BOE. 1998.
- OECD (1995). *Internal Markets in the Making. Health Systems in Canada. Iceland and the United Kingdom*. Paris, OECD. Hay version española: Mercados internos en evolución. Sistemas sanitarios en Canadá, Islandia y Reino Unido. Madrid, MSC-BOE. 1998.
- OECD (1996). *La Réforme des Systèmes de Santé. La Volonté de Changement*. Paris, OECD. Hay versión española: La reforma de los sistemas sanitarios. Una voluntad de cambio. Madrid, MSC-BOE. 1998.
- OECD (1997). *La transformación de la gestión pública. Las reformas en los países de la OCDE*. Colección Informes y Documentos, Serie Administración Central. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas- Ministerio de la Presidencia (BOE).
- OECD Health Project (2004). *Towards High Performance Health Systems*. Paris, OECD.
- OECD (2006). *Projecting Health and Long-Term Care Expenditures: What are the main drivers?*. OECD Economics Department Working Papers, No. 477. Paris (OECD).
- OHE (2005). *Las multiples facetas de la innovación*. Madrid: Farmaindustria.
- Okie S. (2009). *Multinacional Medicines – Ensuring Drug Quality in an Era of Global Manufacturing*. NEJM, 361(18): 737-740.
- Olsen JA. (1997). *Theories of justice and their implications for priority setting in health care*. Journal of Health Economics, 16: 625-639.
- O'Neill JE, O'Neill DM. (2007). *Health Status, Health Care and Inequality: Canada vs. the US*. Working paper 13429. Cambridge (Massachussets), NBER. Accesible en www.nber.org/papers/w13429 .

- Open Secrets. (2009). *Curious Clusters of Cash: Major Lobbyist-Client Connections among Health Care Interests*. Accesible en www.opensecrets.org/lobby/lm_health.php.
- O'Reilly J. et al. (2006). *Cost Benefit Analysis of Health Impact Assessment*. York: York Health Economics Consortium.
- Or Z. (2001). *Exploring the effects of health care on mortality across OECD countries*. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No. 46. Paris. OECD.
- Ortún V. (2008). *Sin Semashko ni "wild west", mejor Beveridge que Bismarck*. Gestión Clínica y Sanitaria, 10(4): 129.
- Palm W, Glinos IA. (2009). *La regulación de la movilidad de los pacientes en la Unión Europea: entre libre circulación y coordinación*. Revista de Administración sanitaria Siglo XXI, 7(4): 585-602.
- Pascual A. et al. (1982). *El Hospital Público en España*. En: Primeras Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública. Madrid, 3,4 y 5 Diciembre 1982. Vol 2, p 3-15.
- Pauly MV. (2005). *Competition and new technology*. Health Affairs, 24: 1523-1535.
- Pear R. (2008). *When a job disappears, so does Health Care*. NYTimes, December 6.
- Pereira J. (1989). *What does equity in health mean?*. Discussion Paper no. 61. Centre for Health Economics, University of York.
- Pérez Díaz V. (1982). *Médicos, administradores y enfermos: la calidad de la asistencia sanitaria*. Papeles de Economía Española, 12-13: 231-263.
- Persson T, Tabellini G. (1999). *The Size and Scope of Government Comparative Politics with Rational Politicians*. European Economic Review, 43: 699-735.
- Persson T, Tabellini G. (2000). *Political Economics: Explaining Economic Policy*, Cambridge (Massachussets): MIT Press.
- Persson T, Tabellini G. (2003). *The Economic Effects of Constitutions*. Cambridge (Massachussets): MIT Press.
- Phillips C. (1949). *Bitter debate begins over Health Program. Congress will be arena for clash between Truman and AMA plans*. New York Times, February 29.
- Pieiller E. (2009). *Cuando la izquierda no quiere cambiar nada. El cuchillo son hoja del social liberalismo*. LE MONDE diplomatique en español, XIII (163), Mayo 2009, p. 10-11.
- Pierson P. (1994). *Dismantling the Welfare State?. Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*. New York: Cambridge University Press.

- Pignarre P. (2003). *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. Paris: Editions La Decouverte. Hay edición española: *El gran secreto de la industria farmacéutica*. Barcelona: GEDISA. 2005.
- Pi Meco F, Corrales Osáca P. (2008). *Sanidad para todos*. El País, Cartas al Director, 7 de mayo. p. 38, col. 1-2.
- Pollit C. (1990). *Managerialism and the Public Services: the Anglo-American experience*. Cambridge (Massachussets), Basil Blackwell. Hay edición española: *El gerencialismo y los servicios públicos*. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales, 1993.
- Pollock AM. (1999 a). *Devolution and health: challenges for Scotland and Wales*. BMJ 318 (1 May): 1195-1198.
- Pollock AM, Dunnigan M, Gaffney D, Price D, Shaoul J. (1999 b). *Planning the new NHS: downsizing for the 21st century*. BMJ, 319: 179-184.
- Pollock AM, Price D. (2000). *Rewriting the regulations: how the World Trade Organisation could accelerate privatization in health care systems*. The Lancet, 356: 1995-2000.
- Pollock AM. (2001). *Social policy and devolution*. BMJ, 322(10 February): 311-312.
- Pollock AM, Shaoul J, Vickers N. (2002). *Private finance and "value for money" in NHS hospitals: a policy in search of a rationale?*. BMJ, 324: 1205-1209.
- Pollock AM, Price D. (2003). *The Better Care Judgement- a challenge to health care*. BMJ, 326: 236-237.
- Pollock AM. (2004). *NHS plc. The Privatisation of Our Health Care*. London: Verso.
- Ponte C. (2009), *Neoliberalismo y sistema sanitario en España*. En: FADSP (2009). *Globalización y salud 2009*. Madrid: Ediciones GPS, p. 227-251.
- Portillo M. (1998). *Something to celebrate: the Bevan legacy*. BMJ, 317 (July 4): 37-40.
- Powell M. (1995). *The strategy of equality revisited*. Journal Soc. Pol. , 24: 163-185.
- Pradera J. (2008). *Cañas, barro y agua sobrante*. El País, 9 Enero.
- Price D, Pollock AM, Shaoul J. (1999 a). *How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care*. The Lancet, 356: 1889-1892.
- Price D, Gaffney D, Pollock A. (1999 b). *"The only game in town?" . A report on the Cumberland Infirmary Carlisle PFI*. UNISON Northern Region. Accessible en www.unison.org.uk/pfi .
- Price-Waterhouse-Coopers. (2009) *Pharma 2020: challenging business models. Which path will you take*. Septiembre 2009.

- Prieto Orzanco A, Arbelo López de Letona A, Mengual García E. (2006). *El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios. Documento de Trabajo 99/2006*. Madrid: Fundación Alternativas- Laboratorio de Alternativas.
- Public Finance (2009). *Public sector still managing PFI projects badly, says Public Accounts Committee*. Public Finance, September 5. Accesible en www.publicfinance.co.uk/search_details.cfm?News_id=58766&keysearch=NHS .
- Puig-Junoy J. (2003). *La productividad de las innovaciones médicas y farmacéuticas*. Humanitas, 1(3): 195-202.
- Puig-Junoy J, Llop Talaverón J. (2004). *Propuestas de racionalización y financiación del gasto en medicamentos. Documento de Trabajo 50/2004*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Puig-Junoy J. (2010). *Falta de resultados en la evaluación del riesgo compartido en esclerosis múltiple*. Diario Médico, 26 de enero, p. 21, col 1-5.
- PWC. (2007). *Pharma 2020: The vision*. Junio de 2007.
- PWC. (2008). *Pharma 2020: Virtual R&D*. Junio 2008.
- PWC. (2009 a). *Pharma 2020: Marketing the future*. Febrero 2009
- PWC. (2009 b) *Pharma 2020: challenging business models. Which path will you take*. Septiembre 2009.
- Quiroga Bouza S. de (2007). *La política farmacéutica requiere de un cambio de paradigma*. Revista Española de Economía de la Salud, 6(8): 424-428.
- Rambla V. (2005). *La oportunidad perdida: la financiación sanitaria*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 3(4):553-565.
- Ramírez de Arellano Serna A. (2007). *¿El gasto farmacéutico genera ahorro en otros recursos sanitarios?*. Revista Española de Economía de la Salud, 6(2): 66.
- Rawls J. (1971). *A theory of Justice*. Massachussets: Harvard University Press.
- Rechel B, McKee M. (2009). *Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union*. The Lancet, 374 (October 3): 1186-1195.
- Redacción Diario Médico. (2009). *La atención transfronteriza costaría unos 2.000 millones. La Directiva supondría para España un gasto adicional de hasta el 5%.* Diario Médico, 2 de diciembre, p. 5, col. 1-4.
- Regidor E, Sanz B, Pascual C. et al. (2009). *La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España*. Gaceta Sanitaria, 23 (Supl. 1) 4-11.

- Reich R. (2009). *How the White House's Deal with Big Pharma Undermines Democracy*. August 11. Accesible en www.huffingtonpost.com/robert-reich/how-the-white-houses-deal_b_257094.html .
- Reinhardt UE. (2006). *Global Trends in Health care. Where are We heading*. Paris, World Health Care Congress Europe 2006, March 29-31. Accesible en www.worldcongress.com/presentations/?confCode=NW615 . Accedido 20/11/2006.
- Reinhardt UE. (2009 a). *How Much Money Do Insurance Companies Make? A Primer*. Economix, September 25. Accesible en <http://economix.blogs.nytimes.com/2009/09/25/how-much-money-do-insurance-companies-make-a-primer/> .
- Reinhardt UE. (2009 b). *The Baucus plan: a Winner's Curse for Insurance Companies*. Economix. September 18. Accesible en <http://economix.blogs.nytimes.com/2009/09/18/the-baucus-plan-a-winners-curse-for-insurance-companies/> .
- Reinhardt UE. (2009 c). *What Portion of Premiums Should Insurers pay Out in Benefits?*. Economix, October 2. Accesible en <http://economix.blogs.nytimes.com/2009/10/02/what-portion-of-premiums-should-insurers-pay-out-in-benefits/> .
- Relaño Toledano J, Infante Campos A. (2009). *Asistencia sanitaria transfronteriza del Sistema Nacional de Salud*. Revista de Administración sanitaria Siglo XXI, 7(4): 619-630.
- Relman AS. (1980). *The new medical-industrial complex*. NEJM, 303:963-970.
- Renick Mayer L. (2009). *Health, Energy and Finance Sectors Dominate 2nd Quarter Lobbying*. Accesible en www.opensecrets.org/news/2009/07/health-energy-and-finance-sect.html .
- Repullo JR: (2007). *Políticas de salud y servicios sanitarios: condicionantes y alternativas de mejora del gobierno en los sistemas públicos de salud*. Cuadernos África-América Latina, 42: 13-36.
- Repullo JR, Freire JM. (2008). *Gobernabilidad del Sistema Nacional de Salud: mejorándole balance entre los beneficios y los costes de la descentralización*. Gaceta Sanitaria, 22 (Supl 1): 118-125.
- Repullo, JR, Freire, JM. (2009). *Médicos en cinco sistemas sanitarios integrados, Relaciones contractuales de los profesionales médicos en los sistemas públicos de salud en países europeos seleccionados*. Toledo, Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha (FISCAM)- Fundación para la Cooperación y la Salud Internacional (FSCAI). Abril 2009.
- Requejo F. (1999). *Cuatro escenarios de futuro*. El País, 7 diciembre, p. 14.

- Rey Biel P., Rey del Castillo J. (2005). *Globalización y tecnologías sanitarias*. En: Sánchez Bayle M, Colomo C, Repeto C. (eds). *Globalización y salud*. Madrid: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), p. 209-258.
- Rey Biel P., Rey del Castillo J. (2006). *La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver. Documento de Trabajo 100/2006*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Rey J. (1993). *El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*. 1ª parte: Salud 2000, VII(40): 22-27. 2ª parte: Salud 2000, VII(41): 12-15.
- Rey del Castillo J.(1996). *Análisis de factores determinantes del futuro del SNS*. Salud 2000, 55: 12-15
- Rey del Castillo J. (1998a). *La fórmula RAWP*. En: Rey J. *Descentralización de los servicios sanitarios. Aspectos generales y análisis del caso español*. Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública. P.219-226.
- Rey del Castillo J. (1998 b). *Procedimientos de descentralización*. En: Rey J. *Descentralización de los servicios sanitarios (op. citada)*. p. 154-175.
- Rey del Castillo J(1998c). *Formas de descentralización de los servicios sanitarios*. En: Rey J. *Descentralización de los servicios sanitarios (Op. Citada)*. p. 41-91.
- Rey del Castillo J. (1998d). *Razones y objetivos para descentralizar los servicios sanitarios*. En: Rey J. *Descentralización de los servicios sanitarios (op. Citada)*. p. 25-40.
- Rey J. (1998e). *La Ley de Incompatibilidades*. En: Ortega F, Lamata F.(coords). *La década de la reforma sanitaria*. Madrid, Ex Libris Ediciones. P. 187- 195.
- Rey J. (1998f). *La articulación de la política autonómica: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*. En: Ortega F, Lamata F. (coords). *La década...* (op. citada). p. 139-148.
- Rey del Castillo J. (1998g). *Evolución histórica del CISNS*. En: Jornadas Décimo Aniversario del CISNS. *La Coordinación en el ámbito sanitario. Perspectivas de futuro*. Madrid, 15-16 diciembre 1997. Madrid, Centro de Publicaciones del Mº de Sanidad y Consumo.
- Rey del Castillo J. (1998h). *Niveles de descentralización*. En: Rey J. *Descentralización de los servicios sanitarios (op. citada)*. p. 93- 127.
- Rey del Castillo J. (1998 i). *Efectos de la descentralización sanitaria*. En: Rey J. *Descentralización de los servicios sanitarios (op. citada)*. p. 367- 414.
- Rey del Castillo J. (1998 j). *Elementos y formas de coordinación*. En: Rey J. *Descentralización de los servicios sanitarios (op. citada)*. p. 265-312.

- Rey del Castillo J. (1998 k). *Financiación de los servicios sanitarios en sistemas descentralizados*. En: Rey J. Descentralización de los servicios sanitarios (op. citada). p. 177-231.
- Rey del Castillo J. (1998 l). *El personal en los procesos de descentralización sanitaria*. En : Descentralización de los servicios sanitarios (op. citada). p. 313- 363.
- Rey del Castillo J. (2000). *Las políticas sanitarias como parte del Estado de Bienestar*. En: Garde JA.(ed.), *Informe 2000. Políticas sociales y Estado de Bienestar en España*. Madrid. Fundación Hogar del Empleado, 2000. p. 225- 278.
- Rey del Castillo J. (2001a). *Los instrumentos de coordinación en el Estado descentralizado español*. En: Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid, Confederación Sindical de CCOO. P. 289- 335.
- Rey del Castillo J. (2001b). *La organización territorial de los servicios públicos sanitarios*. En: Parejo L, Lobo F, Vaquer M. (coords.). La organización de los servicios públicos sanitarios. Actas de las jornadas de estudio celebradas en la Universidad Carlos III de Madrid los días 10 y 11 de Abril de 2000. Madrid: Marcial Pons. p. 125-138.
- Rey del Castillo J. (2002a). *El acuerdo sobre la financiación sanitaria: ¿Crónica de una muerte anunciada o todavía queda algo que hacer por defender un sistema sanitario equitativo y universal?*. Revista de Administración Sanitaria, VI (21): 69-95.
- Rey del Castillo J. (2002b). *Los servicios de salud de las Comunidades Autónomas ante la nueva situación de descentralización sanitaria completa: un juego de oportunidades y amenazas todavía sin decantar*. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios, 3(2): 139-144.
- Rey del Castillo J. (2002c). *Mecanismos de coordinación en servicios sanitarios. Aspectos generales y consideraciones y propuestas sobre el caso español*. En: Cabasés JM et al. (coords.). La organización territorial de la Sanidad. Libro de ponencias y comunicaciones de XXII Jornadas de Economía de la Salud. Pamplona, 29-31 mayo 2002. Pamplona: Universidad Pública de Navarra- AES, p. 143-193
- Rey del Castillo J. (2003a). *Una propuesta alternativa para la coordinación del Sistema Nacional de Salud español*. Documento de Trabajo 9/2003. Madrid, Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Rey J. (2003b). *Unas notas sobre la situación de crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en Europa y Latinoamérica*. En: La Protección Social de los Trabajadores en América Latina y Europa. VI Encuentro Sindical América Latina-España. Madrid, 11 y 12 de Marzo de 2002. Madrid UGT-Instituto Sindical de Cooperación al Desarrollo (ISCOD). P. 122-149.
- Rey del Castillo J. (2003c). *Algunos comentarios para el análisis de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 1(3): 365-402.

- Rey del Castillo J. (2003d). *La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud: ¿una frustración renovada o la apertura de una nueva esperanza?*. Salud 2000, 91: 3-5.
- Rey del Castillo J. (2005). *Arquitectura e instrumentos de cohesión en el Sistema Nacional de Salud*. En: Repullo Labrador JR, Oteo Ochoa LA. (eds.). Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible. Madrid: Ariel. p. 267-289.
- Rey del Castillo J. (2006). *Algunos comentarios sobre la Conferencia de Presidentes autonómicos y el futuro del Sistema Nacional de Salud*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 4(2): 323-339.
- Rey del Castillo J. (2007a) *¿Son los servicios regionales de salud en España la garantía de la protección sanitaria universal?*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 5(1): 35-59.
- Rey del Castillo J. (2007b). *Introducción a la Jornada Virtual sobre Coordinación Sanitaria*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 5(3): 353-371.
- Rey del Castillo J. (2008). *¿Derogar la Ley 15/97?*. E-RAS, 18 de Octubre. Accesible en www.opinionras.com .
- Rey del Castillo J. (2009 a). *La profesionalización de la administración y la gestión de los servicios sanitarios: una interpretación histórica de la situación*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI , 7(1): 43-64.
- Rey del Castillo J. (2009 b). *Sobre los efectos de la reforma sanitaria norteamericana (que Dios haga)*. E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 5 de Junio. Accesible en: www.opinionras.com/index.php?q=node/827 .
- Rey del Castillo J. (2009 c). *Siguiendo un debate “ejemplar”*. Actualización de la situación. E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 6 de septiembre. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1309 .
- Rey del Castillo J. (2009 d). *Siguiendo el debate americano (II)*. . E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 16 de noviembre. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1545 .
- Rey del Castillo J. (2009 e). *El sistema de financiación sanitaria actual y las perspectivas de su modificación*. E-RAS, 16 de Abril (1ª parte) y 5 de Mayo (2ª parte). Accesible en www.opinionras.com .
- Rey del Castillo J. (2009 f). *¿Derogar la Ley 15/1997?*. E-RAS, 20 de Julio. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/186 .
- Rey del Castillo (2010). *La reforma sanitaria americana, tercera entrega: ¿dos pasos adelante y uno (¿quizás decisivo?) atrás*. E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 1 de febrero. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1804 .

- Rhode J. (2008). *30 years alter Alma-Ata: has primary health care worked in countries?*. Lancet, 372: 950- 961.
- Rico Gómez A. (1998). *La descentralización sanitaria en España: el camino recorrido y las tareas pendientes*. Papeles de Economía Española, 76: 49-66.
- Rodríguez CB. (2003). *El Senado aprueba la Ley de Cohesión sin consenso en el capítulo de farmacia*. El Global, 15-18 de mayo, p.1, col. 1-3.
- Rodríguez M, Urbanos R. (2008). *Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción*. Barcelona: Elsevier- Masson.
- Rodríguez-Monguió R., Seoane Vázquez E. (2004). *Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE.UU. Documento de Trabajo 57/2004*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Rodríguez Sendín JJ (2010). *La Organización Médica Colegial de España (OMC) abierta a opiniones constructivas*. E- RAS, nº 29, 13 de enero. Accesible en www.opinionras.com.
- Rodríguez Vigil JL. (2008). *Integración o desmoronamiento. Crisis y alternativas del Sistema Nacional de Salud español*. Madrid: Thomson/Civitas- Fundación Alfonso Martín Escudero.
- Roemer M. (1989). *National health systems as market interventions*. Journal of Public Health Policy, 10: 62-77.
- Roibás D. (2008). *Disparidades*. El País, cartas al Director, 11 de julio. p. 30, col. 1-2.
- Roldán S. (1996). *Algunos aspectos de la Industria farmacéutica en España*. Revista de Trabajo nº 14. Citado por Lobo (1992), p. 210.
- Romanow RJ (commissioner) (2002). *Building on Values.The Future of Health Care in Canada. Final Report*. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada.
- Rosanvallon P. (1995). *La crisis del Estado providencia*. Paris: Editions du Seuil, 1981 et 1992. La versión española, Madrid: Civitas.
- Rosato M. et al. (2008). *Community participation: lessons for maternal, newborn, and child health*. Lancet, 372: 962- 971.
- Ruiz Jiménez JL. (1990). *Atención Primaria de Salud*. En: Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. La Sanidad española a debate. Serie Sanidad Pública nº 2. Madrid: FADSP. p. 89-120.
- Rumí C. (2003). *Acuerdo para los ciudadanos*. Diario Médico, 14 de marzo, p. 4, col. 3-5.
- Salay R, Lincoln P. (2008). *Health impact assessments in the European Union*. BMJ 372 (September 6): 860- 861.

- Saltman RB., Von Otter C. *Re-vitalizing public health care systems: a proposal for public competition in Sweden*. Health Policy, 7: 21-40.
- Saltman RB, von Otter C. (1989). *Public competition versus mixed markets: an analytic comparison*. Health Policy, 11: 43-55
- Saltman RB, Figueras J (eds.). (1997 a). *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. Copenhagen, WHO Europe. Hay version española: Reformas Sanitarias en Europa. Análisis de las Estrategias Actuales. Madrid, MSC-WHO, 1997.
- Saltman RB. (1997 b). *Equity and distributive justice in European health care reform*. Int. J. Health Serv. , 27(3): 443-453.
- Saltman RB, Busse R, Figueras J. (2004). *Social health insurance Systems in western Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire (England): Open University Press.
- Sánchez Bayle M, Martín García M. (2004). *Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia. Documento de trabajo 43/2004*. Madrid: Fundación Alternativas- Laboratorio de Alternativas.
- Sánchez Maldonado J, Gómez Sala JS. (1998). *La financiación territorial de la Sanidad: especial referencia a España*. Papeles de Economía Española, 76: 19-48.
- Sandín-Vázquez M, Sarriá-Santamera A. (2008). *Evaluación de impacto en salud: valorando la efectividad de las políticas de salud en las poblaciones*. Rev. Esp. Salud Pública, 82: 261-272.
- San José Garcés P. (1994). *Reformas sanitarias en Europa y la elección del usuario*. Madrid: Díaz de Santos.
- San Sebastián M, Hurtig AK. (2004). *Moving on from NAFTA to the FTAA?: the impact of trade agreements on social and health conditions in the Americas*. Pan. Am. J Public Health, 16(4): 272-278.
- Schömig A. (2009). *Ticagrelor – Is There Need for a New Player in the Antiplatelet-Therapy Field?*. NEJM, 361 (11): 1108-1111.
- Secretary of State for Health. (1989). *Working for Patients*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Seelye KQ. (2009). *Ad Campaign Counterattacks Against Overhaul's critics*. NYtimes, August 13. Accesible en: www.nytimes.com/2009/08/14/health/policy/14ads.html?fta=y .
- Segura J. (1991) Competencia, mercado y eficiencia. Claves de Razón Práctica, 9: 18-28.

- Select Committee on the Constitution. House of Lords. (2002). *Devolution: Inter-institutional relations in the United Kingdom. Session 2002-2003, 2nd Report*. London, The Stationery Office.
- Sevilla J. (2001). *Propuestas de los partidos para el cierre de las transferencias sanitarias: PSOE*. En: Rey (coord.). *Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias*. Madrid: Confederación Sindical de Comisiones Obreras, p. 321-326..
- Sevilla Pérez F. et al. (1993). *Presupuestación prospectiva en los hospitales del INSALUD*. *Presupuesto y Gasto Público*, 10: 143-148.
- Sevilla Pérez F. (2005). *Financiación sanitaria y sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud*. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*, 3(4): 567-580.
- Sevilla Pérez F. (2006). *La universalización de la asistencia sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social. Documento de Trabajo 86/2006*. Madrid, Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Sevilla Pérez F. (2009). *Propuesta directiva de aplicación de los derechos de los pacientes en la atención sanitaria transfronteriza*. *Revista de Administración sanitaria Siglo XXI*, 7(4): 549-567.
- Sevilla Segura JV. (2001). *Las claves de la financiación autonómica*. Barcelona: Crítica (Contrastes).
- Sevillano E.G. (2009). *La Seguridad Social paga a los médicos para que den menos bajas*. *El País*, Sociedad, 23 de diciembre.
- Shortell SM. et al. (1993). *Creating Organized Delivery Systems: The Barriers and Facilitators*. *Hospital & Health Services Administration*, 38(4): 447-466.
- Shugart M. (2006). *Comparative Electoral Systems Research: The maturation of a Field and New Challenges Ahead*. In: Gallagher M, Mitchell P. (eds.). *The Politics of Electoral Systems*. New York: Oxford University Press.
- Sigerist HE. (1943). *From Bismarck to Beveridge: Developments and trends in social security legislation*. *Bull. Hist. Med.* 8: 365-388.
- Simmons JM. (2009). *Federalism and accountabilities in the social arena*. *Optimum Online*, 39 (2): 1-10. Accesible en www.optimumonline.ca/article.phtml?id=334 .
- Singer N. (2009 a). *Sure, It's Treatable, But Is It a Disorder?*. *NYTimes-Business*, Dec. 12. Accesible en www.nytimes.com/2009/12/13/business/13stream.html?ref=health .
- Singer N. (2009b). *Menopause, as Brought to You by Big Pharma*. *NYTimes-Business*, Dec. 12. Accesible en www.nytimes.com/2009/12/13/business/13drug.html .
- Singh D. (2003). *Commission publishes damning report on first PFI hospital*. *BMJ*, 326: 520.

- Siva N. (2009). *The drug price is right-or is it?*. The Lancet, 373 (April 18): 1326-1327.
- Slaughter LM. (2006). *Medicare Part D – The Product of a Broken Process*. NEJM, 354 (22): 2314-2315.
- Smith R, Dobson M. (1993). *Measuring utility values from QALYs: two methodological issues*. Health Economics, 2: 349-355.
- Smith J, Walshe K, Hunter DJ. (2001). *The “redisorganisation” of the NHS*. BMJ, 323(1 Dec.): 1262-1263.
- Smith JE. (2009). *Roosevelt: the Great Divider*. NY Times. Opinion. September 2. Accesible en <http://www.nytimes.com> . Accedido 11/09/2009.
- Smith R. (2008). *Globalization: The Key Challenge Facing Health Economics in the 21st Century*. Health Economics, 17: 1-3.
- Social Services Committee (1989). *Resourcing the NHS: The Government’s Plan for the Future of the NHS. Eight Report, Session 1988-1989*. London: HMSO.
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, SAMFC-Escuela Andaluza de Salud Pública. (1994). *Evaluación del Modelo de Atención Primaria en Andalucía. Conclusiones de la revisión documental y evaluación estratégica de la reforma de Atención Primaria*. Jaén: SAMFC.
- Solé Tura J. (1999a). *El federalismo y nuestro futuro*. El País, 7 octubre, p. 17.
- Solé Tura J. (1999 b). *Un federalismo sin panaceas*. El País, 20 noviembre, p. 15.
- Solozábal JJ. (2007). *La autonomía en serio*. El País, 27 diciembre.
- Sood N, de Vries H, Gutiérrez I, Lakdawalla DN, Goldman DP. (2008). *The effect of regulation on Pharmaceutical revenues: experience in nineteen countries*. Health Affairs, DOI 10.1377/hlthaff.28.1.w125. Accesible en <http://content.healthaffairs.org/cgi/reprint/28/1/w125> .
- Stafford Rs, Wagner TH, Lavori PW. (2009). *New, but Not Improved?. Incorporating Comparative-Effectiveness Information into FDA labelling*. NEJM, 361(13): 1230-1233.
- Starfield B. (2001). *Improving equity in health: a research agenda*. Int. J. Health Serv., 31 (3): 545-566.
- Starfield B. (2007). *Pathways of influence on equity in health*. Social Science & Medicine, 64: 1355-1362.
- Stronks K, Gunning-Schepers LJ. (1993). *Should equity in health be target number1?*. European Journal of Public Health, 3: 104-111.

- Stuckler D, King L, McKee M. (2009). *Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis*. The Lancet, 373 (January 31): 399-407.
- Subirats J. (1989). *Análisis de políticas públicas y eficacia de la Administración*. Colección Estudios, Serie Administración General. Madrid: Instituto Nacional de Administración Pública- Ministerio para las Administraciones Públicas.
- Subramanian SV, Huijts T, Perkins JM. (2009). *Association between political ideology and health in Europe*. European Journal of Public Health, 19(5): 455-457.
- Sutherland JM, Fisher ES, Skinner JS. (2009). *Getting Past Denial – The High Cost of Health Care in the United States*. NEJM 361 (13): 1227-1230 .
- Swank D. (2002). *Global capital, Political Institutions, and Policy Changes in Developed Welfare States*. New York: Cambridge University Press.
- Taylor C. (1992). *Reconciling the solitudes: essays on Canadian federalism and nationalism*. McGill-Queen's University Press. Hay edición española: *Acercar las soledades. Federalismo y nacionalismo en Canadá*. San Sebastián: Tercera Prensa-Hirugarren Prensa. 1999.
- Taylor C. (1999). *Valores compartidos y divergentes*. En: Fossas E, Requejo F. (eds.). *Asimetría federal y Estado plurinacional. El debate sobre la acomodación de la diversidad en Canadá, Bélgica y España*. Madrid: Editorial Trotta. P. 37-68.
- Taylor D. (2008). *The politics of Biopharma. Neocorporatism or networks?*. Presentación en: Jornada sobre Ciencia Política y Política Sanitaria: Reforma, gobernanza y legitimación social de la Sanidad Pública en el Reino Unido y en España. Madrid: Fundación Salud, Innovación y Sociedad. Residencia de Estudiantes. 17 de Noviembre.
- Tamayo Lorenzo PA. (2001). *Descentralización y financiación de la asistencia sanitaria pública en España. Un estudio desde la perspectiva de la equidad*. Madrid: Consejo Económico y Social-Colección Estudios, nº 116.
- Tanco Martín Criado J. (1996). *Análisis del sistema de financiación autonómica*. En: Ministerio de Administraciones Públicas. *El funcionamiento del Estado autonómico*. Madrid: Ministerio de Administraciones Públicas. p. 225-250.
- Terhune C, Epstein K. (2009). *The health insurers have already won.*, Business Week, August 6th. accesible en www.businessweek.com/magazine/content/09_33/b4143034820260.htm .
- Testa MA, Wackley JF. (1994). *Methods for quality of life studies*. Annu. Rev. Pub. Health, 15: 535-559.
- The Change Foundation (2009). *Integrated Health Care in England: Lessons for Ontario*. Accesible en www.changefoundation.com .

- Thorpe KE. (2006). *Cost Sharing, Caps of benefits, and the Chronically Ill – A Policy Mismatch*. *NEJM*, 354 (22): 2385-2386.
- Timmins N. (1996). *The five giants. A biography of the Welfare State*. London: Harper Collins. Hay edición española: Los cinco gigantes. Una biografía del Estado de Bienestar. Madrid: Mº de Trabajo y Asuntos Sociales. 2000.
- Timmins N. (2008). *Decision to split role of purchaser and provider may “end up in the dustbin”*. *BMJ*, 336 (May 3): 979.
- Tornos J. (2001). *La consideración constitucional de los servicios sanitarios*. En: Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid, Confederación Sindical de CCOO. P. 21-28.
- Torres L, Pina v. (2004). *Reshaping public administration: the Spanish experience compared to the UK*. *Public Adm.* 82 (2): 445-464.
- Tortella G. (2008). *Política y economía en la revolución del siglo XX*. Revista de libros de la Fundación Caja Madrid, nº 136: 8-10.
- Towson N. (2004). *Historia virtual de España (1870-2004)*. ¿Qué hubiera pasado si...?. Madrid: Taurus.
- Treasury Department. (2009). *The Risk of Losing Health Insurance Over a Decade: New Findings from Longitudinal Data*. Accesible en: www.treas.gov/press/releases/docs/final-hc-report092009.pdf.
- Tudor Hart J. (1971). *The inverse care law*. *The Lancet*, 1: 405-412.
- Tudor Hart J. (1998). *Our feet set on a new path entirely. To the transformation of primary care and partnership with patients*. *BMJ*, 316: 1-2.
- Tudor Hart J. (2006). *The Political Economy of Health Care: a clinical perspective*. Bristol: Policy Press. Hay versión española: La economía política de la sanidad: una perspectiva clínica. Madrid: Ediciones GPS, 2009.
- Tudor Hart J. (2008). *At the coal face: a few lessons on screening for Gordon Brown*. *BMJ*, 336: 123.
- Tudor Hart J. (2009). *Generalistas y especialistas*. Madrid, Fundación 1º de Mayo/Centro Sindical de Estudios-Observatorio de Políticas de Salud. Accesible en www.1mayo.ccoo.es.
- Tussell J, Paniagua J. (2008). *La España democrática*. En: Lynch J (dir). Historia de España. Vol. 20. Madrid, El País.
- UNESPA. (2010). *Comisión para el estudio de los efectos del envejecimiento en el futuro del Estado de Bienestar. Reflexiones para la Reforma*. Madrid: UNESPA. Accesible en <http://www.unespa.es/frontend/unespa/Reflexiones-Para-La-Reforma-Del-Estado-Del-Bienestar-vn3050-vst16>.

- Utrilla de la Hoz A. (2006). *La financiación de la sanidad en España para las comunidades autónomas de régimen común: resultados del actual modelo y consideraciones para su reforma*. En: Cabasés Hita JM (Dir). *La financiación del gasto sanitario desde la perspectiva de la experiencia comparada*. Bilbao. Fundación BBVA, p. 161-203.
- Vagëro D. (1994). *Equity and efficiency in health reform. A European view*. Soc. Sc. Med., 39(9): 1203-1210.
- Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. (eds.) (1993). *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford, Oxford University Press.
- Van Weel C, De Maesener J, Roberts R. (2008). *Integration of personal and Community Health Care*. Lancet, 372: 871-872.
- Vaquer M. (2001). *La consideración constitucional de los servicios sanitarios*. En: Jornadas sobre descentralización y transferencias sanitarias. Madrid, Confederación Sindical de CCOO. p. 41-61.
- Villa LE de la, Desdentado A. (1977). *Manual de Seguridad Social*. Pamplona: Aranzadi.
- Villalbí JR. (2009). *Valoración de la Ley 28/2005, de medidas sanitarias frente al tabaquismo*. Rev. Esp. Salud Pública, 83: 805-820.
- Vrangbaek K. (2006). *Towards a tipology for decentralization in health care*. En: Saltman RB, Bankauskaite V, Vrangbaek V. (2006). *Decentralization in health care. European Observatory on Health Systems and Policies Series*. Chapter 3. London; Open University Press-Mc Graw Hill Education.
- Wagstaff A, van Doorslaer E, Paci P. (1991a). *On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care*. Journal of Health Economics, 10(2): 169-206.
- Wagstaff A, van Doorslaer E, paci P. (1991b). *Horizontal equity in the delivery of health care*. Journal of Health Economics, 10 (2): 251-256.
- Wagstaff A, van Doorslaer E. (1992). *Equity in the finance of health care: some international comparisons*. Journal of Health Economics, 11: 361-387.
- Wagstaff A. (2009). *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems- Evidence from the OECD*. The World Bank. Policy Research Working Paper 4821.
- Waitzkin H, Iriart C. (2001). *How the United states exports managed care to developing countries*. Int. J. Health Serv., 31(3): 495-505.
- Walley J et al. (2008). *Primary health care: making Alma-Ata a reality*. Lancet, 372: 1001-1007.

- Walzer M. (1983). *Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality*. New York: Basic Books.
- Watt G. (2002). *The inverse care law today*. The Lancet, 360(July 20): 252-254.
- Weaber M.(2001). *PFI. The issue explained*. The Guardian, March 13. Accesible en <http://society.guardian.co.uk/privatefinance/story/0,8150,451322,00.html> .
- Webster C. (2002). *The National Health Service. A Political History*. 2nd. edition Oxford: Oxford University Press.
- Westert GP, Groenewegen PP. (1999). *Regional disparities in health care supply in eleven European countries: does politics matter?*. Health Policy, 47: 169-182.
- Whitehead M. (1992). *The concepts and principles of equity and health*. Int. J. Health Serv., 22(3): 429-445.
- Whitehead M. (1994). *Is it fair?. Evaluating the equity implications of the NHS reforms*. Chap. 9 in: Robinson R, LeGrand J (eds). The National Health Service reforms. London, King's Fund.
- WHO-UNICEF (1978). *Alma-Ata 1978 Primary Health Care, "Health for all" Series, No. 1*. Geneva, WHO.
- WHO (1982). *A definition of health. From the Preamble of the Constitution of WHO*. Reprinted in: Beauchamp TL Walters L (eds). Contemporary issues in bioethics. 2nd edn. Belmont (CA), Wadsworth. P. 48.
- WHO (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva, WHO.
- Wibbles E. (2005). *Federalism and the Market: Intergovernmental Conflict and Economic Reform in the Developing World*. New York: Cambridge University Press.
- Wilensky H. (1975). *The Welfare State and Equality*. Berkeley&Los Angeles: University of California Press.
- Williams A. (1991). *Is the QALY a technical solution to a political problem? Of course not*. Int. J. Health Serv., 21(2): 365-369.
- Williamson OE. (1975). *Markets and hierarchies; analysis and antitrust implications*. New York: The Free Press.
- Wilper AP. et al. (2009). *Health Insurance and Mortality in US Adults*. Am. J. Pub. Health, 99(12): 2289-2295.
- Wilson D. (2010). *Drug Industry Group Threatens to Withdraw Support*. Accesible en <http://prescriptions.blogs.nytimes.com/2010/01/15/drug-industry-threatens-to-withdraw-support/> .

- Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. (2007). *The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wolff RP. (1977). *Understanding Rawls: A Critique and Reconstruction of a Theory of Justice*. Princeton: Princeton University Press.
- Woods KJ. (2002). *Making a Difference?. The Effects of Political Devolution on Health Policy and the NHS in the UK 1997-2001*. London, IPPR/ESRC Devolution Programme project, Devolution in Practice (Public differences within the UK).
- Woolhandler S, Himmelstein DU, Campbell T. (2003). *Costs of Health Care Administration in the United States and Canada*. NEJM, 349(8): 768-775.

RELACIÓN DE ARTÍCULOS Y PUBLICACIONES MÁS RECIENTES **RELACIONADOS CON EL TEMA DE LA TESIS**

- Rey Biel P., Rey del Castillo J. (2006). *La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver. Documento de Trabajo 100/2006*. Madrid: Fundación Alternativas-Laboratorio de Alternativas.
- Rey del Castillo J. (2007). *¿Son los servicios regionales de salud en España la garantía de la protección sanitaria universal?*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 5(1): 35-59.
- Rey del Castillo J. (2007). *Introducción a la Jornada Virtual sobre Coordinación Sanitaria*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 5(3): 353-371.
- Rey del Castillo J. (2009). *La profesionalización de la administración y la gestión de los servicios sanitarios: una interpretación histórica de la situación*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 7(1): 43-64.
- Rey del Castillo J. (2009). *Sobre los efectos de la reforma sanitaria norteamericana (que Dios haga)*. E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 5 de Junio. Accesible en: www.opinionras.com/index.php?q=node/827 .
- Rey del Castillo J. (2009). *Siguiendo un debate “ejemplar”. Actualización de la situación*. E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 6 de septiembre. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1309 .
- Rey del Castillo J. (2009). *Siguiendo el debate americano (II)*. . E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 16 de noviembre. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1545 .
- Rey del Castillo J. (2009). *El sistema de financiación sanitaria actual y las perspectivas de su modificación*. E-RAS, 16 de Abril (1ª parte) y 5 de Mayo (2ª parte). Accesible en www.opinionras.com .
- Rey del Castillo (2010). *La reforma sanitaria americana, tercera entrega: ¿dos pasos adelante y uno (¿quizás decisivo?) atrás*. E-RAS: semanario on-line de actualidad sanitaria, 1 de febrero. Accesible en www.opinionras.com/index.php?q=node/1804 .